FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

N° 48

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

R. BENON

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

LES TROUBLES PSYCHIQUES

CHEZ LES

Hémiplégiques Organiques Internés

ÉTUDE STATISTIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

PRÉSIDENT : M. JOFFROY, Professeur

JUGES { MM. ACHARD, DUPRÉ, CARNOT, } Agrégés

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Doyen honoraire	M. BROUARDEL.
Professeurs honoraires	MM. DUPLAY, FARABEUF, FOURNIER, JACCOUD.

Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. BERGER. LE DENTU. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY.	DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LEGRY.	RENON.
BEZANÇON.	DUPRE.	LEGUEU.	RICHAUD.
BRANCA.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BRINDEAU.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BROCA (André).	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX
CARNOT.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
CLAUDE.	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	MERY.	
	LABBE.	MORESTIN.	
	LANGLOIS.	POTOCKI.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'endend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS,

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS :

MM. les Docteurs Boquel, Professeur de clinique obstétricale ;

Brin, Professeur de pathologie externe ;

Jagot, Professeur de clinique médicale ;

Legludic, Directeur et Professeur de physiologie ;

Mareau, Professeur d'anatomie ;

Martin, Professeur d'histologie ;

Monprofit, Professeur de clinique chirurgicale ;

Thibault, Professeur de pathologie interne.

Nous devons particulièrement remercier le Dr Thibault, pour les connaissances et les habitudes cliniques qu'il nous a inculquées.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS :

MM. les Docteurs Bonnaire, Professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux ;

Raymond, Professeur de clinique des maladies nerveuses ;

Rénon, Professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ;

Sicard, Médecin des hôpitaux ;

G. Guillain, P. Roy, Chefs de clinique à la Faculté ;

Au Dr Lwoff, Médecin en chef de l'Asile de Maison Blanche ;

Au Dr Joffroy enfin, Professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, au maître qui nous a initié à la médecine mentale et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse,

I

INTRODUCTION. DÉFINITION.

Les *hémiplégiques organiques*, que nous avons en vue, se distinguent avant tout par ce fait qu'ils sont *internés* dans un asile d'aliénés. Cet internement suffit pour en faire une catégorie spéciale de malades. Un grand nombre d'hémiplégiques, se trouvent dans les Asiles, parce qu'ils appartiennent à une classe sociale peu aisée, sinon misérable. Cette situation sociale particulière et cet internement font donc que, si ces hémiplégiques organiques internés ne représentent pas vraiment une *catégorie anatomo-clinique de malades*, ils constituent du moins une *catégorie sociale de malades*.

Aucun travail, jusqu'à ce jour, n'avait été tenté sur ces hémiplégiques organiques internés. Mais, depuis longtemps, on a étudié l'association des troubles moteurs et des troubles psychiques. « Il y a un an, dit le Professeur Joffroy dans une leçon sur les *myopsychies* (1), je comparais les fonctions psychiques à l'état normal et à l'état pathologique, et il ne m'était pas difficile de vous montrer les liens étroits et harmoniques qui unissent entre elles les diverses fonctions du cerveau : fonctions psychiques, fonctions motrices, fonctions sensitives et trophiques, au point d'en faire en quelque sorte une seule fonction d'ensemble, une et indivisible.

(1) Joffroy. — Les myopsychies. *Rev. Neurol.* 15 avril 1902.

« Une des conséquences de cette constatation c'est qu'en passant de l'état normal à l'état pathologique, on doit trouver aussi réunis les troubles psychiques, les troubles moteurs et les troubles sensitifs et trophiques. C'est, en effet, ce que l'on rencontre à chaque pas, soit dans la pathologie mentale, soit dans la pathologie nerveuse... »

C'est ainsi que, au cours de nos visites de chaque jour, à l'Asile de Maison Blanche, avec notre maître, le Dr Lwoff, nous avons remarqué et étudié un certain nombre de malades hémiplégiques organiques.

Par *hémiplégies organiques*, nous entendons les hémiplégies non hystériques, durables ou passagères, complètes ou incomplètes, c'est-à-dire hémiplégies proprement dites ou hémiparésies, avec ou sans aphasie concomitante.

Les hémiplégiques organiques internés, comme la plupart des hémiplégiques organiques hospitalisés (1), sont avant tout des malades atteints d'affaiblissement des facultés intellectuelles. N'était même leur rang social, ils auraient pu souvent continuer à vivre au sein de leur famille. C'est donc avant tout à cause de leur situation sociale particulière qu'il sont tantôt hospitalisés, tantôt internés, de préférence internés quand ils offrent des idées délirantes. Mais malgré l'importance que peut avoir dans l'internement de ces malades leur état de perversion intellectuelle, nous tenons à répéter encore que les hémiplégiques organiques internés constituent peut-être moins une catégorie anatomo-clinique qu'une catégorie sociale de malades.

Etant donné les caractères de ces malades, nous avons cru qu'il y avait quelque intérêt à rechercher quelle était la *fréquence* des hémiplégies dans les Asiles. Cela nous a amené à faire une *statistique* qui porte sur 11.133 aliénés.

---

(1) Ferrand. — L'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale. *Thèse* Paris, 1902, p. 10.

Au cours de cette statistique, nous avons noté le contenu des certificats médicaux ; et ce travail nous a éclairé sur les *facteurs étiologiques* des troubles mentaux des hémiplégiques organiques internés et sur la *variété symptomatologique* de ces troubles mentaux. Dans quelques cas même, cette statistique nous a renseigné sur le *diagnostic*.

Nous n'avons, certes, pas eu la pensée, dans un travail avant tout d'ordre statistique, d'établir *l'état mental des hémiplégiques organiques* en général (1), ni même *l'état mental des hémiplégiques organiques internés* en particulier.

Nous y joignons dix-sept observations cliniques personnelles, dont trois avec autopsie (obs. IV, IX, XVII) et dix-sept autres observations anatomo-cliniques résumées, recueillies dans divers auteurs et destinées surtout à donner un aperçu sur *l'anatomie pathologique* de ces hémiplégiques organiques des asiles.

Enfin nous nous sommes demandé quel *pronostic* comportait l'état de ces malades, et quelle nécessité il y avait vraiment de les interner. Ne le sont-ils pas moins à cause de leurs troubles mentaux qu'à cause de leur condition sociale ? *Et ne pourraient-ils pas être assistés dans leur famille ou placés dans des colonies familiales* ?

---

(1) F. Marimo. — Les fonctions sensitives et psychiques des hémiplégiques, in Annali di neurologia. Fasc. I-II, 1904, p. 21. *Etat mental des hémiplégiques*, p, 61. Ce travail du Dr F. Marimo, élève de Bianchi, nous a été prêté par le Dr Séglas, médecin de Bicêtre, qui en avait publié une analyse très complète dans les *Archives de Neurologie*, et auquel nous adressons nos remerciements les plus vifs et les plus sincères à la fois pour l'accueil vraiment cordial qu'il nous a fait, et pour les indications précises et originales qu'il nous a fournies.

II

ETUDE STATISTIQUE ET ETIOLOGIQUE

Notre étude statistique comprend :

1° Les hémiplégies et hémiparésies entrées à l'Asile de Maison Blanche depuis son ouverture en juillet 1900 jusqu'au 1er avril 1905 ;

2° Les hémiplégies et hémiparésies entrées à l'Asile Clinique, dans le service de l'Admission, durant les deux années 1895 et 1896 (1).

Nous n'avons pas pu retrouver dans nos malades de l'Asile de Maison Blanche, par suite de cet écart des années, des malades de l'Admission ; on sait, en effet, que ces derniers sont répartis secondairement dans les Asiles de la Seine.

Pour faire notre statistique, nous nous sommes servi des livres dits Registres de la Loi ; ils contiennent le certificat du médecin traitant, les certificats immédiats et de quinzaine. C'est à l'aide de ces certificats que nous avons dressé notre statistique. Sans doute tous les symptômes ne sont pas notés dans ces certificats ; néanmoins ils relatent d'ordinaire les principaux signes psychiques et physiques.

Afin d'éviter le plus possible les causes d'erreur, nous avons laissé de côté tous les certificats qui manquaient de clarté et de précision.

---

(1) Il nous faut remercier vivement M. le Dr Magnan et ses élèves, MM. les Drs Simon, Charpentier et Dupouy, de l'amabilité toute particulière dont ils ont fait preuve à notre égard, au cours de nos recherches statistiques à l'Admission.

En premier lieu, au point de vue de la *fréquence* des hémiplégies et des hémiparésies, voici ce que nous avons constaté :

1° — A l'Asile de Maison Blanche, de juillet 1900 à mars 1905 inclusivement, sur **3.031** aliénés, entrés à l'Asile, **104** étaient hémiplégiques,
soit 3,5 hémiplégiques sur 100 aliénés (3,5 °/₀).

Sur ces 104 malades, 69 sont hémiplégiques droits,
soit 66,6 hémiplégiques droits sur 100 hémiplégiques (66,0 °/₀).

Sur ces 104 malades, 35 sont hémiplégiques gauches,
soit 33,65 hémiplégiques gauches sur 100 hémiplégiques (33,65 °/₀).

2° — En 1895, il est entré à l'Admission **3.980** aliénés, parmi lesquels il y avait **140** hémiplégiques ou hémiparésiques,
soit 3,5 hémiplégiques sur 100 aliénés (3,5 °/₀).

Sur ces 140 malades, 61 sont hémiplégiques droits,
soit 43,57 hémiplégiques droits sur 100 hémiplégiques (43,57 °/₀).

Sur ces 140 malades, 79 sont hémiplégiques gauches,
soit 56, 57 hémiplégiques gauches sur 100 hémiplégiques (56, 57 °/₀).

3° — En 1896, parmi les **4.122** aliénés entrés à l'Admission, **148** étaient hémiplégiques,
soit 3, 5 hémiplégiques sur 100 aliénés.

Sur ces 148 malades, 71 sont hémiplégiques droits,
soit 47, 97 hémiplégiques droits sur 100 hémiplégiques (47, 97 °/₀).

Sur ces 148 malades, 77 sont hémiplégiques gauches,
soit 52, 70 hémiplégiques gauches sur 100 hémiplégiques (52, 70 °/₀).

En résumé :

— Total des aliénés entrés : **11.133**.

— *Total des hémiplégiques :* **392**, *soit 3,5 hémiplégiques sur 100 aliénés (3,5 °/₀).*

— *Total des hémiplégiques droits :* **201**, *soit 51, 50 hémiplégiques droits sur 100 hémiplégiques (51, 50 °/₀).*

— *Total des hémiplégiques gauches :* **191**, *soit 48,90 hémiplégiques gauches sur 100 hémiplégiques (48,90 °/₀).*

On voit que les hémiplégies droites ne l'emportent guère sur les hémiplégies gauches.

Déjerine écrit cependant : « après l'attaque, l'intelligence peut rester intacte ; le fait semble plus fréquent dans l'hémiplégie gauche » (1). D'autre part, Dupré dit également : « l'étude des démences organiques, démontrerait le rôle intellectuel prépondérant de l'hémisphère gauche » (2). La non-équivalence des hémisphères cérébraux (3) a toujours hautement préoccupé les physiologistes et les cliniciens ; pour nous, à propos de cette question si controversée, il nous suffira simplement de faire remarquer que notre statistique est si peu favorable à cette conception qu'on est plutôt tenté d'admettre que « le fonctionnement de l'intelligence normale exige la coopération de toutes les parties constituantes du cerveau ».(4).

— *Les hémiplégies proprement dites sont-elles plus fréquentes que les hémiparésies ?*

---

(1) Déjerine. — Article Hémiplégie. *Traité de Pathologie générale* p. 495.

(2) Dupré. — *Traité de Pathol.* de G. Ballet p. 1257.

(3) Luys. — Etude sur les opérations cérébrales, sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de pathologie mentale. *Bulletin de l'Acad. de Méd.* 1879.

Klippel. — La non-équivalence des hémisphères cérébraux. *Presse méd.* 29 janvier 1898.

Cristiani. — Contribution à la physiologie pathologique des lobes frontaux. C. R. *Ann. méd. psy.* 1900. t. II. p. 19.

Phelps. — Localisation des facultés mentales dans le lobe préfrontal gauche. The american Journal of the medical sciences. Avril et mai 1902.

Grasset. — Plan d'un physiopathologie clinique des centres nerveux. 1905.

(4) Vigouroux. — Etat mental des tumeurs cérébrales. Rev. de psychiatrie. 1903, p. 50.

Le total des hémiplégies droites et gauches (191) est inférieur de 11 au total des hémiparésies droites et gauches (201).

D'ailleurs les hémiplégies gauches (101) l'emportent de 11 sur les hémiplégies droites (90); et les hémiparésies droites (111) l'emportent de 21 sur les hémiparésies gauches (90).

L'*âge* de nos malades, noté au cours de notre statistique, présente les caractères suivants de variabilité et de prédominance. Onze fois l'âge était inconnu.

Le tableau ci-dessous:

10 ans et au-dessus jusqu'à 19	5
20 ans et au-dessus jusqu'à 29	9
30 ans et au-dessus jusqu'à 39	36
40 ans et au-dessus jusqu'à 49	61
50 ans et au-dessus jusqu'à 59	108
60 ans et au-dessus jusqu'à 69	86
70 ans et au-dessus jusqu'à 79	66
80 ans et au-dessus	11

montre que nous avons été en présence de malades âgés surtout de 50 à 60 ans. C'est là un fait qui a son importance étiologique.

La *profession* de nos malades est des plus variables. Chez les femmes, les professions que nous avons le plus fréquemment rencontrées, sont celles de blanchisseuse, lingère, cuisinière, giletière, brodeuse, passementière, modiste et ménagère, etc.; chez les hommes, celles de cocher, charretier, palefrenier, serrurier, cordonnier, charron, comptable, concierge, domestique, etc.

Le *sexe* a vraisemblablement peu d'importance, puisqu'à l'Asile de Maison Blanche, où il n'y a que des aliénés femmes, le chiffre 3, 5 hémiplégiques sur 100 aliénés est le même

qu'à l'Admission où hommes et femmes sont indistinctement reçus. A l'Admission durant les années 1895 et 1896 il est entré 288 hémiplégiques, dont 136 hommes, soit 47,22 %, et 152 femmes, soit 52,70 %.

Trois facteurs étiologiques méritent une étude plus détaillée : ce sont l'hérédité, l'alcoolisme et la syphilis.

L'hérédité, ainsi que l'ont montré Magnan et ses élèves, Legrain, Lwoff etc., joue un rôle primordial dans l'apparition des troubles mentaux chez les hémiplégiques. « Ce dont il faudra tenir compte en clinique, dit Lwoff (1), c'est des conditions de vitalité dans lesquelles le cerveau se trouvait avant et au moment de la production de la lésion; autrement dit, il faudra tenir compte du terrain sur lequel elle s'est développée ». D'autre part Magnan dans son travail sur « les Dégénérés », en collaboration avec Legrain (2), distingue dans l'état mental des cérébraux circonscrits, d'un côté l'affaiblissement intellectuel et de l'autre les idées délirantes surajoutées. Pour lui, ces dernières sont certainement sous la dépendance de la dégénérescence héréditaire. Quant à l'état démentiel, il peut s'expliquer en partie par la lésion organique. Cependant Magnan ajoute: « le principe de la prédisposition héréditaire en aliénation est absolu.... ; sans cette notion, comment comprendre que des milliers d'êtres soumis aux mêmes causes dissolvantes de la résistance cérébrale, ne versent pas d'une manière égale dans la folie » ? En somme, les troubles psychiques sont donc le plus souvent indépendants de la lésion cérébrale; c'est simplement, à l'occasion de celle-ci qu'ils sont survenus. Pour employer l'expression de P. Marie (3), la lésion en foyer

---

(1) Lwoff. — Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites. Th. Paris 1890. p. 16.

(2) Magnan et Legrain. — Les Dégénérés. Bib. Charcot-Debove Paris 1895. p. 42 et suivantes.

(3) P. Marie. — Art. Hémiplégie p. 506. in Traité de Médecine et de Thérapeutique.

n'a guère joué « par rapport à la psychose que le rôle de déclenchement ».

En regard de cette conception pathogénique, il nous faut signaler le rôle que l'on fait jouer aujourd'hui aux infections et intoxications, aux insuffisances rénale, hépatique etc., et aux lésions diffuses qu'elles entraînent (1).

Notre étude statistique nous a fourni peu de renseignements sur l'hérédité des 392 cas que nous avons recueillis. Elle n'a été notée que quatre fois dans les certificats. Il est évident que, sur ce point, on ne peut tenir aucun compte de ce chiffre pour établir la fréquence étiologique de l'hérédité.

Il n'en est pas de même des chiffres totaux de l'alcoolisme et de la syphilis.

L'alcoolisme est assez fréquemment relaté dans les certificats, que nous avons consultés. Chez nos 392 hémiplégiques, nous l'avons trouvé noté 46 fois, c'est-à-dire une moyenne de 11 fois environ sur 100 (11 %).

La *syphilis*, en dehors des cas d'hémiplégies chez des paralytiques généraux, est notée 21 fois, ce qui donne une moyenne de 5 hémiplégiques syphilitiques internés sur 100 (5 %).

Nous n'avons rencontré aucun cas de saturnisme, d'urémie ou de diabète.

Quoiqu'il en soit de ces facteurs étiologiques, comme l'écrit Lwoff (2), « nous pensons qu'il ne faut pas chercher à mettre en relation de cause à effet le tableau symptomatologique avec le processus pathologique qui a déterminé la lésion... Qu'il s'agisse d'un athérome lié à une intoxication alcoolique, à un

---

(1) Juquelier. — Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication. Th. Paris 1903.

J. Charpentier. — Pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites. Th. Paris 1904.

P. Marie. — *Loc. cit.* et Article Ramollissement même Traité p. 730.

(2) Lwoff. — P. 15. *loc. cit.*

état dyscrasique du sang comme dans le diabète, à la vieillesse ou à la syphilis, le tableau clinique restera le même, sauf quelques détails d'importance secondaire. Il en est d'ailleurs de même en pathologie ordinaire... Il faudra en tenir compte au point de vue des variétés cliniques, et au point de vue traitement, mais personne ne voudra se baser sur les différences étiologiques pour ériger des espèces nouvelles ».

III

ETUDE CLINIQUE

Avant d'aborder la description clinique des troubles mentaux des hémiplégiques organiques internés, il est nécessaire de préciser la variété d'hémiplégiques que nous retiendrons pour notre étude.

1° **Limitation du sujet**. — Nous *éliminerons* les *hémiplégiques infantiles internés* dont nous avons trouvé 18 cas parmi nos 392 hémiplégiques (soit 4,59 °/₀). En général ces hémiplégiques sont des malades jeunes, frappés d'imbécillité ou de débilité mentale, qui ont de la perversion du sens moral, commettent des actes obcènes et présentent des réactions automatiques plus ou moins violentes.

Quelquefois les troubles délirants ou les altérations de l'activité n'apparaissent qu'à un âge avancé ; nous en avons noté deux cas au cours de notre statistique : l'un d'eux fait l'objet d'une de nos observations (obs. XVI).

Il nous faut également écarter les *hémiplégiques paralytiques généraux*, au nombre de 17 sur 392 hémiplégiques (soit 4,33 °/₀). En effet, les troubles psychiques qu'ils offrent sont ceux de la paralysie générale et ce ne sont pas les troubles mentaux de cette affection que nous cherchons à décrire ici. Nous en publions une observation avec autopsie (obs. XVII). Cette observation est en effet, intéressante 1° parce que la malade a présenté une hémiplégie spasmodique ; 2° parce

que le caractère d'affaiblissement intellectuel de cette malade a fait penser à une lésion circonscrite; 3° parce que les lésions de méningo-encéphalite prédominaient au niveau du 1/3 supérieur de la zone rolandique droite et du lobule paracentral droit (1).

Nous n'avons pas trouvé dans notre statistique *d'hémiplégie par tumeurs cérébrales*. Nous laisserons encore de côté les troubles psychiques de ces malades (2) et nous nous contenterons d'étudier l'état mental des hémiplégiques internés, atteints tantôt de ramollissement cérébral, tantôt d'hémorrhagie cérébrale, tantôt de foyers lacunaires (3). Quelques-uns se sont livrés à des excès alcooliques (11 %); d'autres enfin sont des syphilitiques (5 %).

De par l'élimination des hémiplégiques infantiles et paralytiques généraux, au nombre de 35, les 392 hémiplégiques organiques internés, que nous avons rencontrés dans notre statistique, se trouvent réduits à 357. C'est donc sur ce dernier chiffre que portera notre pourcentage symptomatique.

2° **Généralités**. — Les hémiplégiques organiques internés, dont l'affection a d'ordinaire été précédée de prodromes, se présentent sous trois aspects différents: excitation,

---

(1) Mlle Pascal. — Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique) ou prédominance régionale des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses. Th. Paris 1905.

(2) Voir Vigouroux. — Etat mental dans les tumeurs cérébrales. Revue de Psychiatrie p. 45, Fév. 1903.

Levassort. — Etude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. Thèse de Paris 1903.

(3) Lwoff. — *loc. cit.* p. 24.

Ferrière. — Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques. Thèse Paris 1889.

Legrand du Saulle. — Les apoplectiques, leur état mental. *Gaz. des Hôp.* 1881, n°s 68 et 71.

Mingazzini. — Observations cliniques et anatomiques sur la démence post-apoplectique. Revue expérimentale de Psychiatrie 1897, p. 585-804.

Charon. — Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. Arch. neurol. 1899, p. 441.

F. Marimo. — *loc. cit.* ch. II. Etat mental des hémiplégiques, p. 61.

Bianchi cité par Marimo, p. 64 et p. 81.

Kraëpelin. — Psychiatrie. Edit. 1904, T. II, p. 418. Etat mental post-apoplectique.

dépression ou confusion mentale. L'état d'excitation est de beaucoup le plus fréquent, d'autant qu'il comporte plusieurs variétés.

L'interrogatoire du malade dévoile l'affaiblissement de l'intelligence. Outre l'altération de la conscience plus ou moins constante et plus ou moins profonde, on note des troubles de la mémoire de l'attention, de l'idéation et du jugement.

A côté de ces troubles intellectuels prennent place des modifications des facultés affectives, morales, et volontaires. Le plus souvent elles consistent en une exagération de l'émotivité, en une perversion du sens moral, en une diminution de l'activité volontaire, qui cède le pas à l'activité instinctive.

A cet amoindrissement intellectuel s'ajoutent des idées délirantes variées. Comme cela est constant en aliénation mentale, ces idées délirantes sont d'autant plus précises, d'autant plus marquées, partant d'autant plus intéressantes, que les fonctions d'acquisition et de conservation de la connaissance sont moins atteintes.

Cette déviation des facultés intellectuelles se manifeste par des idées de persécution, des idées mélancoliques, des idées de grandeur et de satisfaction, des idées de mariage, des idées religieuses et érotiques. Quand ces idées délirantes possèdent une certaine cohésion, une certaine systématisation, elles peuvent masquer l'affaiblissement intellectuel.

Elles s'accompagnent souvent d'hallucinations de la vue, de l'ouïe, rarement d'hallucinations du goût et de l'odorat, plus fréquemment d'hallucinations de la sensibilité générale.

Ces idées délirantes et hallucinations, de même d'ailleurs que l'affaiblissement des facultés intellectuelles, entraînent chez les hémiplégiques organiques internés, des réactions plus ou moins automatiques, telles que fugues, menaces,

impulsions, tentatives de suicide, obcénités etc. Ces réactions nous conduiront à étudier la médecine légale des hémiplégiques organiques.

3° **Prodromes** (1). — Les troubles mentaux figurent parmi les prodromes de l'hémiplégie organique d'une manière à peu près constante.

Comme le dit Dupré (2), « la psychicité est, dans l'ordre des fonctions corticales, un réactif bien supérieur à la motricité et à la sensibilité ». En général, ces troubles psychiques se produisent par intervalles ; au début même ils passent inaperçus; l'entourage ne les remarque que lorsqu'ils se répètent ou lorsqu'ils augmentent, soit en durée, soit en netteté. Maintes fois les malades ont-eux mêmes conscience de l'affaiblissement de leurs facultés intellectuelles.

Ces troubles mentaux offrent une assez grande variabilité. Le plus souvent les malades oublient un fait tout récent; ils sont l'objet d'une distraction inaccoutumée ; ils commettent des erreurs grossières dans leurs calculs ou des fautes dans les lettres qu'ils écrivent. Parfois on observe une diminution des facultés d'élaboration; les malades par exemple soutiennent les causes les plus injustes avec des rasoinnements puérils et avec un entêtement ridicule.

Très souvent aussi, le caractère subit en même temps de profondes modifications, tantôt les malades sont irritables, hargneux, capricieux, méfiants, agités ; tantôt ils sont déprimés, tristes, apathiques, indifférents.

Parfois on a observé des idées délirantes et des hallucinations (3).

Il nous faut dire enfin que dans quelques cas, ces prodromes ont totalement manqué (obs. VII, X).

4° **Aspects cliniques**. — Ils présentent trois variétés,

(1) Lwoff. — *loc. cit.* p. 25.
(2) Dupré. — In Traité de patholologie mentale, p. 1063.
(3) Savage. — Journal of mental science (Avril 1883).

qui parfois alternent chez le même malade : ce sont l'excitation, la dépression, la confusion mentale.

L'*excitation* est la manière d'être de beaucoup la plus fréquente de l'hémiplégique organique interné.

Sur 357 hémiplégiques nous en trouvons 228 (soit 63, 85 %) qui ont eu des modifications de l'activité psychique normale. Parfois le malade s'est présenté devant l'aliéniste en proie à une véritable *excitation maniaque*, avec paroxysmes vespéraux et nocturnes, (Durand Fardel (1), Marcé (2), Lwoff (3).

Elle se manifeste par des paroles et des actes incohérents; le malade crie, jure, profère des paroles grossières, se lève sur son lit, en descend, parcoure la salle comme un somnambule. Parfois il arrive au malade de sortir tout nu de chez lui et de se sauver dans la rue.

Quelques-uns renversent leurs meubles ou les jettent par la fenêtre ; d'autres urinent dans leur chambre, salissent leurs couvertures et les déchirent en petits morceaux, mettent le feu à des rideaux ; il en est qui se livrent à un tapage infernal : frappant pendant des heures les portes, tapant sur des casseroles, brisant des chaises, des tables, des assiettes.

Dans quelques cas, ils ont des idées délirantes et des hallucinations. Une de nos malades qui avait des idées de persécution, cherchait le curé qui lui en voulait et qu'elle entendait, pour le frapper ; elle déclarait en même temps au médecin qui la visitait qu'il lui avait fait six enfants à la fois et elle se promenait en disant que « ses lapins chantaient » (obs. VII).

Ces cas d'excitation maniaque intense sont relativement rares. Nous les avons notés 8 fois sur 228 cas d'excitation, soit 3.50 %.

(1) Durand-Fardel. — Cité par Lwoff.
(2) Marcé. — *Idem*.
(3) Lwoff. — P. 57 *loc. cit.*

D'ordinaire les malades sont plutôt en état de turbulence que d'excitation. Ils offrent une sorte d'agitation désordonnée : ils se lèvent la nuit, vont et viennent dans le dortoir, parfois ils se recouchent spontanément, restent assis dans leur lit, ou couchés, se tournent à droite, à gauche, incessamment. Dans quelques cas, ils poussent des cris, s'agitent, défont leur lit, roulent leurs draps ; mais on les calme aisément avec quelques paroles. En un mot ils n'ont pas de tendances nuisibles ni destructives.

La *dépression* a été observée seulement 41 fois sur 357 hémiplégiques organiques internés, soit 11, 48 %.

Ces malades sont immobiles, silencieux, déprimés. C'est en vain qu'on les interroge ; ils ne répondent pas ou ils répondent par monosyllabes ; ils restent durant des heures assis en la même place ; le visage de quelques-uns exprime la tristesse et la douleur. Souvent ils refusent de s'alimenter.

La *confusion* mentale est plus fréquente que la dépression : elle a été notée 82 fois sur 357 hémiplégiques (soit 22,96 %).

Le malade a dans son regard une sorte d'étonnement ou d'ahurissement, d'hébétude ou d'égarement. L'interrogatoire révèle une obnubilation de la conscience généralement très marquée. Le malade ne sait pas où il est ; il ignore l'année qui s'écoule, le mois, le jour de cette année, l'heure même de la journée présente.

Chez quelques-uns de ces hémiplégiques on voit ces différents états *alterner* : nous avons rencontré, le plus souvent, des alternatives d'excitation et de confusion (28 fois notées, soit 7,84 %); puis des alternatives d'excitation et de dépression (10 fois notées, soit 2,80 %) ; enfin des alternatives de dépression et de confusion (3 fois notées, soit 0,84 %). Ce sont peut-être là des formes « de démences

organiques à tendances circulaires plus ou moins nettes (Dupré) » (1).

5° **Affaiblissement intellectuel.** — Les auteurs insistent sur la difficulté qu'on rencontre dans l'étude du niveau intellectuel des malades atteints de lésions circonscrites et notamment chez les hémiplégiques organiques internés. C'est ainsi que Dupré écrit (2) : « l'objectivité des phénomènes de paralysie musculaire, la facile comparaison de l'énergie dynamométrique des deux côtés permettent en effet une constatation et une mesure aisées du déficit moteur. Au contraire, l'appréciation du déficit intellectuel comporte plus de difficultés ; aussi, en général, on ne mesure pas à leur véritable valeur les altérations quantitatives et qualitatives des facultés psychiques, dans le syndrome complexe des hémiplégies cérébrales organiques ».

D'après Bianchi et F. Marimo (3), cet affaiblissement intellectuel serait constant chez les hémiplégiques : « que de fois non seulement des profanes mais encore des médecins ont considéré les malheureux hémiplégiques comme des hommes tout à fait sains d'esprit !.. »

Et ailleurs le même auteur dit : « même chez les hémiplégiques qui semblent au premier abord psychiquement normaux, il y a toujours des stigmates plus ou moins graves et manifestes de défectuosités psychiques (4) ».

D'une façon générale, ainsi que l'a montré Lwoff (5) dans sa thèse ce qui caractérise l'état mental des hémiplégiques, c'est « *l'affaiblissement partiel des facultés mentales.* Autour de cet état mental fondamental viennent se grouper des états délirants variés et variables chez le même individu... C'est une intelligence à lacunes. Certains éléments constitutionnels

(1) Dupré. — *loc. cit.* p. 1069.
(2) Dupré. — *loc. cit.*, P. 1065
(3) F. Marimo. — *loc. cit.* p. 64. (La « psiche » de l'hémiplégique).
(4) F. Marimo. — P. 120, *loc. cit.*
(5) Lwoff. — P. 45, *loc. cit.*

de chaque faculté sont éteints, les autres persistent; et souvent, même à un degré très avancé de la maladie, on retrouve des lueurs d'intelligence, des ilôts sains. »

D'après Kraëpelin (1), dans la syphilis cérébrale, qui s'accompagne fréquemment d'hémiplégie cérébrale, cet affaiblissement partiel de l'intelligence serait un des symptômes psychiques les plus importants, puisqu'il permettrait de différencier cette affection de la paralysie générale dans laquelle l'altération totale de l'intellect est presque constante.

Quelquefois, surtout chez certains hémiplégiques par ramollissement, l'affaiblissement intellectuel est plus profond, et rapidement, sinon d'emblée *global* (2). Du reste à la période terminale, après plusieurs ictus, l'état démentiel s'accuse toujours de plus en plus.

Cet affaiblissement intellectuel se traduit par l'atteinte d'une part des facultés intellectuelles proprement dites et d'autre part des facultés affectives, morales et volontaires.

A. — Facultés intellectuelles

a) *Conscience.* — Le plus souvent l'altération de la conscience est partielle.

Au cours de notre étude statistique, nous n'avons trouvé que 110 hémiplégiques sur 357 atteints d'inconscience absolue, soit 30,81 %. Dans la plupart des cas (69,19 %), la conscience est donc en partie conservée. Parfois même les malades se rendent bien compte de leur situation et ils signalent avec plus ou moins de justesse leur déficit intellectuel. Dupré dit (3) : « Cette conservation relative de la conscience de

(1) Kraëpelin. — Psychiatrie. *Loc. cit.* Ch. VII. Lésions diffuses. Syphilis cérébrale.

(2) J. Charpentier. — P. 10. *Thèse* de Paris, 1904, *loc. cit.*
Régis, cité par Charon. *Arch. de Neur.*, 1899. T. II, p. 433.
Krafft-Ebing, cité par Charon. *Arch. de Neurol.*, 1899. T. II, p. 433.
Legrand du Saulle. — *loc. cit.*

(3) Lwoff. — P. 51, *loc. cit.*

(4) Dupré. — P. 1067, *loc. cit.*

l'affaiblissement psychique est une des caractéristiques de l'état mental des cérébraux à lésions circonscrites, particulièrement des hémiplégiques par foyers hémorragiques ». Cette persistance plus ou moins complète de la conscience est indiquée aussi par Kraëpelin dans la syphilis cérébrale (1) : « le malade, sauf dans les cas graves, dit-il, conserve des notions claires sur le temps, le lieu et l'entourage. »

b) *Mémoire* (2). — Trois éléments essentiels composent la mémoire : la fixation, la conservation, la reproduction des images et des concepts ; l'un quelconque de ces éléments peut s'altérer.

L'atteinte de la mémoire n'a été notée que 34 fois (soit 9,51 %) chez les 357 malades qui font l'objet de notre statistique : il est certain que sur ce point nôtre statistique ne peut donner que des résultats imparfaits. Chez les circonscrits, dont font partie nos malades, la diminution de la mémoire est un des symptômes les plus constants.

L'affaiblissement de la mémoire est principalement caractérisé par de *l'amnésie antérograde*, c'est-à-dire par l'impossibilité de conserver et de reproduire les faits récents ; dans certains cas le malade vit complètement dans le passé. La malade de notre observation XIV donne à ses enfants l'âge qu'ils avaient il y a 20 ans : elle croit que sa mère vit encore et ne se rend pas compte de l'âge que celle-ci aurait, si ce fait était exact. Elle dit que sa mère a seulement 80 ans, quatre ans de plus qu'elle.

Les *souvenirs anciens* persistent ordinairement et résistent d'autant mieux qu'ils appartiennent à une période plus reculée, ce qui vérifie la loi de régression de la mémoire de Ribot (3), avec cette différence toutefois (4) que « au lieu de suivre..... les lents progrès de la démence sénile,

(1) Kraëpelin. — *loc. cit.* Ch. VII. Syp. céréb.
(2) F. Marimo. — La mémoire, p. 70, *loc. cit.*
(3) Ribot. — Les maladies de la mémoire. 15 édit. 1902.
(4) Dupré. — P. 1066, *loc. cit.*

la régression de la mémoire se réalise rapidement sur un cerveau dont une lésion soudaine, mais depuis longtemps préparée, fait brusquement déchoir la vitalité générale et les aptitudes fonctionnelles ».

Lwoff (1) rapporte l'observation d'un malade dont le souvenir des impressions auditives s'était mieux conservé que le souvenir des impressions visuelles.

En résumé, on peut dire de l'amnésie des hémiplégiques, avec F. Marimo, qu'elle est d'abord de caractère antérograde, par défaut de fixation, portant ainsi seulement sur les faits récents, et que parfois elle devient rétrograde et progressive.

A ces caractères généraux et fondamentaux, il faut ajouter que l'amnésie des malades porte plus particulièrement sur les choses abstraites, par exemple sur les dates (P. Marie) (2), sur les substantifs plutôt que sur les verbes (Bianchi) (3), ou encore sur les noms propres (Legrand du Saulle) (4).

Kraëpelin (5) signale la conservation de la mémoire des dates dans la syphylis cérébrale.

Grasset (6) décrit dans la cérébro-sclérose, qui s'accompagne souvent d'hémiplégie, une tendance à « répéter » toujours les mêmes souvenirs.

Fournier, Pick, P. Marie (7) ont vu dans quelques cas se produire, en même temps que l'hémiplégie, une amnésie subite et presque totale : on désigne ces troubles sous le nom « d'ictus amnésique ».

c) *Attention* (8). — La diminution de l'attention marche de

(1) Lwoff. — P. 47, *loc. cit.*
(2) Marie. — Article hémiplégie, p. 505, *loc. cit.*
(3) Bianchi, cité par Marimo, p. 65. — *Loc. cit.*
(4) Legrand du Saulle. — *Gaz. des Hôp. loc. cit.*
(5) Kraëpelin. — *loc. cit.* Ch. VII.
(6) Grasset. — Cérébro-sclérose lacunaire progressive d'orig. arter. *Sem. méd.*, 1904, p. 329.
(7) P. Marie. — *loc. cit.*, p. 505.
Fournier et Pick, cités par P. Marie.
(8) Lwoff. — P. 49, *loc. cit.*
F. Marimo. — P. 78 *loc. cit.* — Citation de Bianchi, p. 65.

pair avec l'amnésie antérograde. « Elle subit, écrit Lwoff, une altération partielle ».

Il faut distinguer d'une part l'attention spontanée et, d'autre part, l'attention volontaire.

La première, l'attention spontanée, en rapport avec l'activité instinctive, est peu altérée. C'est l'attention volontaire qui est touchée. Elle exige, en effet, de l'individu la prédominance « d'un état intellectuel, un monoidéisme » (Ribot). On peut quelquefois la croire disparue, quand en réalité elle est simplement dans une sorte d'état de torpeur, comme le malade lui-même.

Marimo insiste moins sur l'état en quelque sorte latent de l'attention des hémiplégiques que sur un état de « distraction presque incorrigible » de ces malades. Leur attention, très difficile à fixer, présente une mobilité excessive, qui serait la caractéristique fondamentale de l'altération de l'attention.

Bianchi, cité par Marimo, a dit également : « il est difficile d'avoir avec ces malades une longue conversation ; la lassitude apparaît facilement ; le sommeil les surprend en parlant ».

Les efforts tentés par ces malades pour fixer leur attention sont fréquemment suivis de céphalée, de vertiges, d'angoisse, (Lwoff, Bianchi, Marimo, obs. pers. II, XI).

P. Marie (1) signale une particularité clinique souvent observée qui consiste dans la difficulté qu'ont certains hémiplégiques de saisir ce qu'on leur demande de faire : « les médecins ne s'en rendent que trop compte lorsqu'ils veulent procéder à un examen méthodique de certains hémiplégiques ; c'est souvent une rude besogne de leur faire comprendre comment ils doivent se prêter aux investigations mêmes les plus simples ».

(1) Marie p. 505. — *loc. cit.*

De Finance (1), Legrand du Saulle (2), disent toutefois qu'il y a « une aptitude qui est le plus souvent conservée, c'est l'aptitude au jeu ».

D'après Kraëpelin, la diminution de l'attention serait rare dans la syphilis cérébrale.

d) *Imagination et association d'idées.* — Lwoff (3) signale l'observation d'une hémiplégique chez laquelle l'imagination était en partie conservée. Le plus souvent toutefois, sinon constamment, comme le dit F. Marimo (4), l'activité idéative est ralentie ; les associations d'idées sont pauvres ; la spontanéité et l'initiative psychiques sont diminuées.

Bianchi, cité par F. Marimo, écrit : « le fond de l'imagination semble épuisé ; l'homme de projets hardis reste indifférent.....à ce qui autrefois alimentait très efficacement son activité ».

e) *Jugement et raisonnement* (5). — Les modifications du jugement et du raisonnement sont plus ou moins profondes. En général, les hémiplégiques sont toujours dans un certain état d'infériorité, par défaut de critique. Le contenu des idées est restreint, les conceptions puériles avec des raisonnements vides de sens et décousus. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ces troubles, en étudiant la médecine légale.

B. — Facultés affectives, morales et volontaires.

Les *modifications du caractère* sont à peu près constantes chez les hémiplégiques organiques internés.

Luys faisait une grande différence entre les hémiplégiques à droite et les hémiplégiques à gauche : « tandis que

---

(1) De Finance. — Etat mental des aphasiques *Th.* Paris, 1878.
(2) Legrand du Saulle. — *Gaz. des Hôp. loc. cit.*, p. 540.
(3) Lwoff. — *loc. cit.*, p. 51.
(4) F. Marimo. — *loc. cit.*, p. 66. Citat. de Bianchi, p. 65.
(5) Lwoff. — *loc. cit.*, p. 51.
F. Marimo. — *loc. cit.*, p. 118.

les hémiplégiques ordinaires, hémiplégiques à droite, sont plus ou moins apathiques, plus ou moins silencieux, passifs et frappés d'hébétude, les hémiplégiques à gauche sont plus ou moins atteints d'une impressionnabilité anormale. Ils répondent quand on les interroge avec une voix traînante et entrecoupée par des espèces de sanglots. Ils n'ont que des larmes dans la voix et leur intelligence paraît suffisamment respectée pour comprendre les interrogatoires qu'on leur pose ». Dans notre statistique, nous avons trouvé 68 hémiplégiques sur 357, atteints de troubles de l'émotivité, soit 19,04 %. Parmi ces 68 hémiplégies émotives, il y en a presque autant à droite qu'à gauche, 32 à droite (soit 8,96 %) et 36 à gauche, (soit 10,08 %).

Il y a tantôt *hyper-émotivité*, tantôt *hypo-émotivité*.

L'exagération de l'émotivité se manifeste par l'apparition chez les malades de caprices, de désirs multiples qu'il faut satisfaire de suite, d'entêtements puérils et surtout de méchancetés, d'exigeances, de colères. Ce sont des individus hargneux, grognons, vindicatifs, irritables, égoïstes, ingrats, qui n'éprouvent de l'affection que pour ceux qui leur apportent des douceurs lors de la visite. A ce point de vue, suivant la remarque de P. Marie (2), les hémiplégiques de la ville sont beaucoup plus désagréables que les malades hospitalisés ou internés.

Dans d'autres cas, l'affectivité est modifiée différemment : les malades sont moroses, sombres, boudeurs, réticents, d'une geignarderie (3) et d'une sensiblerie des plus marquées : ils pleurent et se lamentent à tout propos.

---

(1) Luys. — p. 378. Encéphale 1881. Recherches nouvelles sur les hémiplégies émotives.
Lwoff. — *loc. cit.* p. 52.
F. Marimo. — *loc. cit.* Emotion, p. 73. Caractère p, 80.
(2) P. Marie. — Article Hémiplégie, *loc. cit.* p. 505.
(3) Grasset. — Cérébro-sélérose, *loc. cit.*

L'hypo-émotivité est caractérisée par l'apathie profonde du patient qui voit sa famille avec indifférence, ne se plaint de rien, n'a aucun désir, ni aucun regret.

A côté de ces cas, nous devons placer celui de l'hémiplégie joviale (1), mélange d'optimisme, d'euphorie (2), d'excitation gaie, enjouée, comique qui ressemble à la « moria » de Jastrowitz (obs. III).

Les *facultés morales* sont affaiblies, soit que le malade se plaise à des paroles grossières et malpropres, soit qu'il se livre à des actes obscènes.

La *volonté* (3) subit une diminution « proportionnelle à l'hyptonie affective et morale ». Si la pensée ne fait pas défaut, l'énergie nécessaire à l'acte n'atteint pas un degré de force suffisamment élevé (Bianchi). Cet amoindrissement de l'activité volontaire contraste avec l'entêtement de certains malades ; cet entêtement d'ailleurs, « alternative de faiblesse et de violence (4) » ne fait que traduire l'atteinte de la volonté.

Ces modifications des facultés volontaires, morales, affectives et intellectuelles entraînent des réactions plus ou moins variables que nous étudierons plus loin (page 39).

6° **Idées délirantes**. — En regard de l'affaiblissement des facultés intellectuelles se placent les états de perversion de ces mêmes facultés : ce sont les diverses idées délirantes. Il est rare que ces idées s'organisent en systèmes bien cohérents. En général elles sont marquées, pourrait-on dire, au coin de la démence. Elles ont, dans leurs manifestations, une mobilité et une intermittence particulières ; elles sont confuses, empreintes de puérilité et d'absurdité.

---

(1) Marie. — *loc. cit.*

(2) Grasset. — *loc. cit.*

(3) F. Marimo. — Volonté p. 79. *loc. cit.*

(4) Dugas. — L'entêtement. *Rev. philosoph.* juin 1901. D'après Dupré, *loc. cit.* p. 1068.

Si elles changent de sujet, quand le malade est transporté dans un autre milieu, elles restent toujours identiques à elles-mêmes : capricieuses, polymorphes, obscures, incohérentes.

Les troubles délirants sont dominés soit par l'état de dégénérescense mentale du sujet (Magnan) (1), soit par la diffusion des lésions encéphaliques (Vigouroux, J. Charpentier), soit par les insuffisances organiques : P. Marie insiste notamment sur la nécessité de faire des analyses fréquentes des urines (2).

Notre statistique comprend 159 cas d'idées délirantes sur 357 hémiplégiques organiques internés (soit 44, 52 %).

a) Idées de persécution (3). Les idées de persécution sont de beaucoup les plus nombreuses dans notre statistique.

Parmi nos 357 hémiplégiques, nous en trouvons 86 qui ont des idées de persécution (soit 24, 10 %).

Sur les 159 hémiplégiques qui ont présenté des idées délirantes, 86 fois ces idées délirantes ont été des idées de persécution (soit 54, 08 %).

Lwoff en rapporte 8 observations chez des hémiplégiques organiques internés. Nous-même, les avons notées dans 13 de nos observations cliniques (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII).

Le plus souvent ce sont des idées confuses de persécution, d'origine affective ou amnésique. Dans le premier cas, les malades disent que tout le monde leur en veut, qu'on leur fait des misères, des méchancetés. Dans le second, on gaspille leur argent, on les vole ; ils accusent leur entourage de cacher ou de dérober cartains

---

(1) Magnan, Vigouroux, J. Charpentier. — *loc cit* (voir Étiologie, p. 16 et 17).

(2) P. Marie. — In Traité de Médecine de Thérapeutique. Articles hémiplégie p. 506 et Ramollissement cérébral, p. 730.

(3) Lwoff. — *loc cit.* p. 59.

Ferrière. — Contribution à l'étude de l'état mental des apoplectiques. p. 28. Th. Paris 1889.

objets qu'ils possédaient. En réalité, ils ne se rappellent plus la somme exacte de leur argent, ni l'endroit où ils ont placé les objets soi-disant disparus. La malade de l'observation VII avait oublié le compte de ses draps, et prétendait qu'on lui en avait dérobé une douzaine.

Quelquefois ces idées de persécution se groupent en systèmes assez bien organisés (obs. II et VII). Lwoff en rapporte également une observation.

Les idées de persécution des hémiplégiques organiques internés s'accompagnent presque toujours d'interprétations délirantes ou d'hallucinations.

b) *Idées mélancoliques* (1). — Elles sont moins fréquentes que les idées de persécution.

Sur 357 hémiplégiques, 54 ont eu des idées mélancoliques, soit 15,12 %.

Sur 159 hémiplégiques qui ont présenté des idées délirantes, 54 fois ces idées délirantes ont été des idées mélancoliques, soit 34,01 %.

Elles varient de la simple tristesse avec dépression au délire hallucinatoire avec idées et tentatives de suicide. Lwoff en rapporte quatre observations, chez des hémiplégiques organiques internés, dont trois avec véritable délire mélancolique.

Ferrière (2) considère les idées hypochondriaques comme les idées de couleur mélancolique les plus fréquentes : tantôt chez ces malades, « tout se borne à une préoccupation exagérée de leur santé », tantôt, « ils passent leur temps à examiner leur langue, leurs excrétions... ». Journiac (3) partage cette même opinion que les idées hypochondriaques l'emportent chez les apoplectiques.

---

(1) Lwoff. — *loc. cit.* p. 60.

(2) Ferrière. — *loc. cit.* p. 28.

(3) Journiac, Thèse de Paris 1888. Délire hypochondriaque, obs. XXXIII et XXXV, p. 68 et 72.

A côté d'elles il faut citer les idées de culpabilité et d'humilité (obs. XII et XIII), les idées de ruine (obs. VII), les idées de négation.

c) Idées de grandeur. — Durand-Fardel (1), Calmeil (2), Baillarger (3), Foville (4) ont signalé chez les hémiplégiques organiques, les idées de satisfaction et de grandeur. Lwoff (5) les note dans sept observations d'hémiplégiques organiques internés.

Au cours de notre statistique, nous avons rencontré 15 hémiplégiques sur 357 qui présentaient des idées de grandeur, soit 4,22 %. Trois figurent au nombre de nos observations cliniques (obs. III, IV, VII).

Sur les 159 hémiplégiques qui ont présenté des idées délirantes, 15 fois ces idées délirantes ont été des idées de grandeur, soit 9,53 %.

Ces idées de grandeur sont variables, multiples, passagères, diffuses : elles rappellent celles de la paralysie générale. Quelquefois elles se systématisent et on assiste à un véritable délire ambitieux ; malgré leur organisation, ces idées délirantes de grandeur sont ordinairement de courte durée (Baillarger, Foville).

d) Idées mystiques. — Nous les avons notées une fois dans notre statistique et nous les avons observées personnellement deux fois. Une de nos malades (obs. XI) s'adonne, par intervalles, durant des heures, aux prières les plus ferventes ; en proie à une véritable anxiété, elle formule, au milieu de gémissements, des craintes variées de damnation. L'autre malade (obs. XIII) pense à Dieu tout le jour, elle le voit et

---

(1) Durand-Fardel. — Traité des maladies des vieillards.

(2) Calmeil. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau, 1879.

(3) Baillarger. — Du délire ambitieux dans les affections du cerveau, *Ann. Méd. Psy.* 1881, p. 398.

(4) Foville. — Accès passager de délire ambitieux chez un hémiplégique, *Ann. Méd. psy.* 1881, p. 429.

(5) Lwoff. — *loc. cit.* p. 60.

elle l'entend ; parfois, elle est très anxieuse et elle crie que « Dieu ne lui pardonnera pas les fautes de sa vie ».

e) Idées érotiques. — Elles coïncident assez souvent avec les idées religieuses. Nous les avons notées dans trois de nos observations (III, X, XI). Elles s'accompagnent presque toujours d'une tendance aux propos grossiers et aux actes obcènes.

Ces malades n'ont en général aucune pudeur ni aucune réserve. Cependant notre malade de l'observation XI était peu expansive à ce sujet, sinon réticente.

f) Idées de mariage. — Nulle part ces idées de mariage ne sont signalées ; nous les avons observées chez deux malades (obs. X, XI). Dans l'observation XI ces idées sont très accusées : la malade, qui a 71 ans, raconte qu'elle est aimée d'un jeune homme et qu'elle l'aime beaucoup, elle aussi ; elle doit l'épouser prochainement : « Ici, nous dit-elle, elle s'ennuie de lui ». — Dans l'observation X, la malade voulait se marier avec un individu plus jeune qu'elle, qui, lui, avait surtout en vue l'argent que cette vieille femme possédait : on a dû la déplacer pour éviter ce mariage.

g) Obsessions. — Avant de terminer ce chapitre sur les idées délirantes, nous signalerons la possibilité de voir se développer aussi chez les hémiplégiques organiques des idées obsédantes.

Nous ne ferons que citer les observations de Séglas (1) et de Marandon de Montyel (2).

7° **Hallucinations.** — Les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale accompagnent fréquemment

---

(1) Séglas — Soc. Méd. psy., 25 mai 1891. Hémiplégie gauche. Ramollissement cérébral. Neurasthénie tardive. Idées obsédantes.

(2) Marandon de Montyel. — *Gaz. des Hôp.* 1882, p. 1095 et 1103. De la manifestation tardive des syndromes épisodiques chez les prédisposés vésaniques sous l'influence de l'apoplexie cérébrale. Deux observations.

les idées délirantes. Les hallucinations du goût et de l'odorat sont plus rares. Une variété intéressante est représentée par les hallucinations unilatérales.

Notre statistique ne nous renseigne que sur les hallucinations en général, celles-ci n'étant pas détaillées dans la plupart des certificats médicaux. Cela s'explique quelque peu par les caractères de confusion, de variabilité, de complexité que présentent ces troubles de la perception.

Nous avons trouvé noté chez nos 357 hémiplégiques organiques internés 62 fois des hallucinations, soit une moyenne de 17, 36 pour 100.

Les malades *voient* tantôt des formes effrayantes, imprécises semblables à des fantômes, à des spectres, tantôt des bêtes qui courent sur leur lit ou dans la chambre, des bandits ou des voleurs qui s'avancent pour les assassiner.

Ils *entendent* des insultes, des injures grossières. Souvent il est difficile de savoir si on a affaire à des hallucinations auditives véritables ou a des illusions.

Ferrière (1), Régis (2) disent que les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes chez les apoplectiques. Kraëpelin (3) signale le même fait dans la syphilis cérébrale.

Ces hallucinations de l'ouïe et de la vue se produisent surtout le soir au moment du coucher, ou dans la première partie de la nuit, ou enfin dans le milieu de la nuit. Elles ont des caractères communs avec les hallucinations de *l'alcoolisme* et celui-ci est noté en effet 46 fois chez nos malades, (soit 11 %). Il y a cependant des cas où l'éthylisme est un fait avéré et où l'on ne constate pas d'hallucinations (obs. VIII).

Certains hémiplégiques internés présentent des *halluci-*

---

(1) Ferrière. — *loc. cit.* p. 33

(2) Régis, cité par Charon, in. *Arch. de Neurol.* 1899. T. II. p. 433

(3) Kraëpelin. — *loc. cit.* ch. VII.

nations unilatérales auditives (obs. de Lwoff (1), obs. de de Toulouse (2) etc... obs. personnelle XV).

Ces hallucinations unilatérales ont été étudiées par Pick (3), Toulouse (4), Régis (5), Joffroy (6), Séglas (7) ; elles ne sont pas en rapport avec « l'excitation pathologique unilatérale de l'appareil sensoriel correspondant » mais bien avec « une série de facteurs multiples (lésions sensorielles ; sensations subjectives ; état mental ; association du phénomène hallucinatoire avec un point de repère, somatique ou extérieur etc...) qui impriment à l'hallucination une orientation psychologique unilatérale ». (Dupré) (8).

La malade de notre observation XV présente aussi des hallucinations unilatérales visuelles.

Les *hallucinations* du *goût* et de *l'odorat* sont assez rares. D'ordinaire les malades se plaignent de sentir des odeurs fétides (obs. V, VII) ; il est plus rare qu'ils perçoivent des odeurs agréables (obs. VII). Parfois ils trouvent les aliments mauvais et refusent de manger parce qu'ils croient que les mets sont empoisonnés (obs. III). Ces *idées d'empoisonnement* sont généralement peu stables, passagères, comme les autres idées délirantes.

Plus intéressantes sont les *hallucinations de la sensibilité générale* (obs. III, IV, VII, XI, XIII). Parfois elles se localisent au côté hémiplégique (Régis) (9). Un de nos malades (obs. VII) se plaignait qu'on lui emplissait la jambe avec de l'eau du côté hémiplégique. Une autre (obs. IV) croyait

---

(1) Lwoff. — *loc. cit.* obs. p. 109.

(2) Toulouse — *Gaz. des Hôp.* 1892. p. 594.

(3) Pick — Hallucinations unilatérales *Neurol. Centralblatt.* 1892.

(4) Toulouse — Hallucinations unilatérales. *Revue. Gaz. des Hôpitaux.* 1892. p. 609.

(5) Régis — Hallucinations unilatérales ; *Soc. de Neur.* de Bordeaux 1894. Congrès de Nancy 1896.

(6) Joffroy — Hallucinations unilatérales. *Arch. de Neur.* fév. 1896.

(7) Séglas — Hallucinations psychiques Congrès, de psychologie 1900, et Hallucinations unilatérales. *Ann. méd. psy.* 1902 p. 364.

(8) Dupré — *loc. cit.* p. 1070.

(9) Régis. — cité par P. Marie p. 505. *loc. cit.*

que son mari venait le soir se coucher de son côté gauche (côté hémiplégique) et comme elle gâtait elle disait que « c'était l'autre (son mari) qui faisait des saletés dans son lit ». M. le Dr Séglas, médecin de Bicêtre, a bien voulu nous signaler *deux cas semblables* qu'il a observés. Dans un de ces cas, il y avait un véritable *dédoublement cœnesthésique ;* le malade ne cessait de répéter qu'il avait un autre individu auprès de lui et que c'était cet autre individu qui le tourmentait et qui salissait son lit.

Nous n'avons pas trouvé *d'hallucinations génitales* ; dans un cas seulement (obs. XI), nous les avons soupçonnées.

La conséquence de ces diverses hallucinations est d'engendrer parfois un véritable *délire hallucinatoire* (obs. VI) : il est caractérisé « par de l'agitation ou de la dépression, des hallucinations multiples de l'ouïe, de la vue, des actes déraisonnables, de la confusion dans les idées, de l'obnubilation de la conscience, des actes impulsifs » (Lwoff) (1).

8° **Réactions**. — Etant donnée la condition sociale des hémiplégiques organiques internés, le mode de placement de ces malades n'a qu'une valeur relative. Le placement d'office (90 %) l'emporte de beaucoup sur le placement volontaire (10 %).

Les réactions qui provoquent l'internement des hémiplégiques organiques sont en rapport, d'une part avec l'affaiblissement psychique des malades, surtout avec les modifications de leurs facultés affectives, morales et volontaires, et d'autre part avec leurs idées délirantes et hallucinations.

L'exagération de l'émotivité amène chez les malades égoïstes, méchants, hargneux, des crises d'irritabilité, des colères violentes avec *réactions agressives* : impulsions, menaces, coups (18 fois sur 357, soit 5,04 %) ; chez les malades taciturnes apathiques, abouliques, elle engendre une *attitude mélan-*

(1) Lwoff. — *loc. cit.* p. 58.

colique avec *mutisme*, *négativisme* et *sitiophobie* (5 fois sur 357, soit 1,40 %). Ajoutons que chez ces malades déprimés, lypémaniaques, on voit souvent des *idées de suicide* (19 fois sur 357, soit 5,30 %). Dans nos observations personnelles, nous avons noté trois fois également des idées de suicide : l'une de nos malades (obs. IV) voulait s'asphyxier ; une autre (obs. IX) voulait se jeter à l'eau ; la troisième (obs. III) voulait s'empoisonner. Dans notre statistique, nous avons relevé deux fois des *idées d'empoisonnement*. Deux fois seulement les idées de suicide ont été accompagnées de *tentatives de suicide*.

A propos de ces idées et tentatives de suicide, F. Marimo (1) écrit : « le plus souvent les hémiplégiques, atteints d'affaiblissement physique et mental, ne tentent aucune réaction psycho-motrice. Quelques-uns cependant, par suite d'une irritabilité persistante et d'une destinée intolérable, sont conduits à la perte de l'instinct de la conservation, tant l'existence leur est devenue pénible et insupportable ».

Les idées délirantes et les hallucinations donnent lieu a des réactions semblables ; colères, menaces, violences ou réclamations, plaintes, gémissements, impulsions, etc.

La perversion des facultés morales enfin entraîne chez ces malades, outre l'inconvenance, la grossièreté des propos, l'accomplissement de *vols*, d'actes malpropres, comme *attentats à la pudeur*, *exhibitionnisme*, *masturbation*, *attouchements obscènes*. Nous en avons rencontré 4 cas au cours de notre étude statistique. Notre observation X en est aussi un exemple.

C'est pourquoi quelques-uns de ces malades ressortissent à la médecine légale et nous les retrouverons dans le chapitre spécial consacré à ce sujet.

9° **Autres symptômes.** — Nous groupons sous ce

(1) F. Marimo. — *loc. cit.* p. 227.

titre un certain nombre de symptômes que nous avons relevés chez nos hémiplégiques durant notre statistique ; ce sont les troubles du langage, les troubles de la parole, les troubles de la station, le rire et le pleurer spasmodiques et les troubles oculaires.

Les *troubles du langage ou aphasiques* sont notés 60 fois dans notre statistique soit 16, 80 %. L'état mental des aphasiques (1) a été étudié minutieusement par P. Marie et Vaschide. Ces auteurs se sont livrés à une série de recherches expérimentales sur la vie mentale des aphasiques : ils ont montré chez eux la diminution de la vitesse des temps de réactions auditives, la diminution de la mémoire immédiate et l'infériorité de leurs associations d'idées.

Vigouroux d'autre part, dit avec justesse et concision : « d'une façon générale... si un certain nombre d'aphasiques ont conservé l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, malgré les troubles du langage qu'ils présentent, la plupart sont affaiblis dans leur intelligence et versent facilement dans la démence ».

Kraëpelin pense de même que « l'aphasie contribue à engendrer et à augmenter l'affaiblissement intellectuel ». Le point difficile est de faire le départ entre l'aphasie et la démence.

Les troubles de la parole ou dysarthriques sont moins fréquents que les troubles aphasiques ; nous les avons notés 50 fois sur 357 hémiplégiques organiques internés, soit 14, 02 % ; 29 fois ces hémiplégiques organiques étaient des hémiplégiques droits. Comme ces hémiplégiques droits sont au nombre de 183, il en résulte qu'il y a 15, 84 hémiplégiques droits sur 100 qui ont des troubles dysarthriques.

---

(1) De Finance. — Etat mental des aphasiques. Thèse de P. 1878.
Vigouroux. — Etat mental des aphasiques. Rev de Psy. 1902, p. 14.
Marie et Vaschide. — Rev. Neur. 1903, p. 228, 322, 722.
Déjerine. — Etat mental des aphasiques. Traité. path. gén. p 418.
Marimo. — Démence et Aphasie p. 85. *loc. cit.*
Kraëpelin. — p. 420, Edit. 1904, Psych.

21 fois ces hémiplégiques organiques sont des hémiplégiques gauches ; ceux-ci sont au nombre de 174. Il en résulte qu'il y a 12,06 hémiplégiques gauches sur 100 qui ont des troubles de la parole. Cette dernière statistique sur les troubles de la parole chez les hémiplégiques gauches est très inférieure à celle de P. Marie et Kattwinkel (1) qui ont trouvé chez les hémiplégiques gauches 82 fois sur 100 des troubles de la parole.

Dans nos recherches statistiques sur les hémiplégiques organiques internés nous avons rencontré un cas *d'astasie-abasie*. A côté de ce cas, nous croyons devoir placer ceux *d'agoraphobie*, de *stasobaphobie*, de *rétropulsion* signalés chez d'autres hémiplégies organiques : Séglas (2), Marandon de Montyel (3), Grasset (4), Mirallié (5), Saussel (6).

Notre statistique ne nous signale également qu'un cas *de rire et de pleurer spasmodiques* (7). Il ne faut pas confondre avec ces accès la sensiblerie des hémiplégiques organiques; celle-ci est l'expression directe de l'hypotonie psychique; mais bien souvent « la distinction est difficile à établir » (Dupré) (8).

Quelques auteurs ont rapporté chez des hémiplégiques des *crises incoercibles de toux*, *de bâillement* (Boeri) (9) et de

---

(1) Marie. — *loc. cit.*

(2) Séglas. — *loc. cit.* Soc. méd. psy. 25 mai 1891.

(3) Marandon de Montyel. — *loc. cit. Gaz des Hôp.* 1892.

(4) Grasset. — Basophobie chez un hémiplégique. Sem. méd. 15 avril 1894.

(5) Mirallié. — Basophobie chez un hémiplégique. Cong. Al. et Neur. Angers 1898.

Sainton. — La stasobaphobie. *Gaz. des Hôp.* 1903 n° 1.

(6) Saussel : Hémiplégie avec rétropulsions. *Montpellier médical*, 3 juillet 1904, p. 1-13.

(7) Brissaud. — Sur le rire et le pleurer spasmodiques. Leçons sur les maladies nerveuses. 1895, p. 446.

F. Marimo. — *loc. cit.* Rire et pleurer spamodiques, p. 76.

(8) Dupré. — *loc. cit.* p. 1067.

(9) Boeri — Recherches cliniques sur la respiration, sur la toux, sur le rire, sur le pleurer et sur le bâillement chez les hémiplégiques. Riforma médica. 11, 12, 13 Déc. 1900.

bêlement (Rummo) (1), Grasset (2) enfin signale un cas de *voix eunucoïde*.

Les *troubles oculaires* ont été notés chez un certain nombre de nos hémiplégiques. Nous comptons 22 cas d'inégalité pupillaire, soit 6, 16 % et 8 cas de myosis, soit 2, 24 %.

10° **Médecine légale** (3). — La médecine légale des hémiplégiques organiques comporte l'étude de leurs actes délictueux et criminels, l'étude de leurs actes civils. Nous y ajouterons quelques considérations sur la recherche rétrospective de l'état mental de l'hémiplégique organique.

a) Actes délictueux et criminels. — La question du degré de responsabilité des hémiplégiques organiques est soulevée par la série d'actes divers plus ou moins inconscients, délits ou crimes, auxquels ils peuvent se livrer. C'est ainsi que quelques-uns sont arrêtés sur la voie publique pour vagabondage et mendicité. D'autres sont l'objet de poursuites pour larcins et surtout pour vols anodins à l'étalage, par exemple « vols de trois pruneaux chez un épicier, vol d'un petit sabre dans un bazar, etc. » (5). Ils sont accusés assez couramment d'outrages à la morale. Certains malades ont tenu en public, au milieu d'un groupe d'enfants, de jeunes filles ou de femmes, des propos indélicats, grossiers, obscènes. A leurs paroles s'ajoutent souvent des actes qui compromettent plus encore les malades ; ce sont des malpropretés, des attentats à la pudeur, par exemple : évacuations alvines dans un jardin public, exhibitionnisme, attouchements obscènes, tentatives de viol. Enfin il faut signaler la possibilité chez les hémiplégiques d'actes crimi-

(1) Rummo. — Sur les crises incœrcibles de pleurs, de rires, de bêlement, chez les hémiplégiques. Acad. Palerme 3 avril 1898.

(2) Grasset. — Un cas de voix eunucoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie cérébrale. Rev. neurol. 15 sept 1903. p. 873.

(3) Legrand du Saulle Paris 1879. — *a*) Les apoplectiques, leur degré de responsabilité et leur capacité civile. *Gaz. des. hôp.* 1881 n° 71. *b*) Etude médico-légale sur les testaments, Paris 1879.

F. Marimo. — *loc. cit.* Médecine légale de l'hémiplégique. p. 89.

nels, en rapport par exemple avec des impulsions. Chez tous ces malades à cause de l'affaiblissement et de la perversion des facultés mentales, le degré de responsabilité est très diminué, et ils devront souvent bénéficier de l'article 64 du Code pénal : « il n'y a ni crime, ni délit, quand le prévenu était en démence au temps de l'action ».

b) Capacité civile (1). — De même toujours par suite de l'affaiblissement et de la déviation de ses facultés intellectuelles, l'hémiplégique organique présente une capacité civile diminuée. La baisse de cette faculté se manifeste par l'accomplissement d'actes civils malheureux, surtout nuisibles aux intérêts de la famille.

Il en est ainsi de marchés ou d'opérations financières qu'il entreprend, de rescision ou de constitution de toutes sortes de contrats ou d'engagements qu'il exécute, de mariages scandaleux ou intéressés qu'ils peuvent permettre à leurs enfants ou accomplir eux-mêmes.

Dans le cas particulier où le malade consent un contrat de rente viagère, il faut avoir présent à la mémoire l'article 1975 du Code civil qui stipule que « tout contrat de rente viagère est annulé si l'individu qui a fait abandon de ses biens meurt dans les vingt jours qui suivent la signature de la convention, et meurt de la maladie dont il était atteint déjà au moment de la conclusion du contrat. »

Au lieu d'interdire l'hémiplégique, c'est-à-dire au lieu de lui enlever toute capacité en matière d'actes civils et de le mettre sous le régime tutélaire, il est préférable de le pourvoir d'un conseil judiciaire : on ne permettra l'interdiction que dans les cas graves, d'autant que la dation d'un conseil judiciaire, « moyen terme entre l'exercice libre de tous les droits et l'interdiction », est presque toujours suffisante.

(1) Krafft-Ebing. — *Médecine lég.* traduction Rémond. 1900. Obser. CLXXXIII, CLXXXVI, CLXXXVIII, CXCI.

Il nous reste à dire quelques mots de la question testamentaire (1). Il n'est pas douteux que les modifications profondes de l'intelligence et notamment du caractère des hémiplégiques organiques sont capables d'amener des changements non motivés dans les testaments des malades. Quelques familles peuvent être ainsi frustrées par des voisins, des domestiques, des religieuses, des prêtres, des médecins mêmes, d'une partie ou de la totalité de la fortune qui leur revenait de droit.

Des discussions surviennent parfois si l'hémiplégique est supposé avoir fait son testament alors qu'il était atteint d'affaiblissement des facultés mentales. D'après l'article 901 du Code civil en effet « pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. » Ceci nous conduit à parler de la nécessité, parfois, pour le médecin légiste de rechercher rétrospectivement et de reconstituer l'état mental d'un hémiplégique organique.

c) Cette recherche rétrospective et cette *reconstitution de l'état des facultés intellectuelles* d'un hémiplégique organique présente de telles difficultés que le médecin, pour mener à bien ce travail, devra s'entourer des précautions les plus minutieuses : étude des derniers écrits ou lettres du malade, interrogatoire de la famille et de l'entourage, de toutes les personnes qui ont eu des relations ou des conversations avec le malade, surtout dans les jours qui ont précédé sa maladie ou sa mort. La plus grande circonspection est nécessaire dans les conclusions du rapport.

11° **Evolution**. — De même que Lwoff (2), à propos des lésions circonscrites, on peut considérer *trois périodes* dans la marche des troubles mentaux chez les hémiplégiques organiques internés : une première période de *début* qui com-

(1) Krafft-Ebing. — *Méd. Lég. loc. cit.* Obs. CXCVIII, CXCIX.
(2) Lwoff. — *loc. cit.* p. 25.

prend les troubles prodromiques que nous avons décrits ; une période d'*état* au cours de laquelle l'affaiblissement intellectuel a pour caractère fondamental d'être partiel ; et enfin une période *terminale*, qui marque la chute dans la démence complète.

La variabilité des troubles mentaux de ces malades avait provoqué diverses classifications. Falret (1), Legrand du Saulle (2) décrivent « quatre degrés de perturbation dans l'entendement des apoplectiques » : les uns ont simplement quelques modifications du caractère et de l'activité, et gardent leur rang dans la société ; les autres présentent une véritable hyper-émotivité avec diminution légère de la mémoire et aussi de la volonté ; d'autres sont atteints à la fois dans leur conscience, leur mémoire, leur attention et leur jugement, autrement dit ils sont à la fois affaiblis intellectuellement et délirants ; les derniers enfin sont ceux qui sont frappés d'une déchéance psychique totale.

Il ne nous paraît pas nécessaire de conserver cette classification pour les hémiplégiques organiques; il suffit de dire qu'ils présentent d'ordinaire de l'affaiblissement partiel des facultés mentales, rarement de l'affaiblissement d'emblée global, et que ce n'est que plus ou moins tardivement et avec des variantes infinies, que la démence s'accuse, que le gâtisme apparaît par suite de la disparition de plus en plus complète de l'attention et de la volonté (3). Signalons en passant que nous comptons 70 cas de gâtisme sur 357 hémiplégiques organiques internés, soit 19,63 %.

La mort se produit soit au cours d'un nouvel ictus, soit à la suite d'insuffisance rénale ou hépatique, soit après une eschare sacrée ou fessière, soit à l'occasion d'une affection intercurrente, tels que la pneumonie, la tuberculose, la pyohémie, le furonculose, l'érysipèle etc.

(1) Falret. — Etude clinique sur les maladies mentales. 1890.
(2) Legrand du Saulle. — *Gaz. des hôp. loc. cit.*
(3) Manheimer. — Gâtisme au cours des états psychopathiques. Th. de Paris, 1897.

IV

DIAGNOSTIC

Les troubles mentaux des hémiplégiques par ramollissement ou hémorrhagie d'une part, et les troubles mentaux des hémiplégiques syphilitiques d'autre part, constituent un ensemble symptomatologique que les auteurs désignent d'ordinaire sous le nom de *démence apoplectique* (1) et de *démence syphilitique* (2).

Ces deux formes de démences, apoplectique et syphilitique, doivent être différenciées de la *démence paralytique* de la paralysie générale et aussi de la *démence sénile*.

Diagnostic positif. — Les hémiplégiques organiques internés, apoplectiques ou syphilitiques, sont reconnus non seulement par leurs antécédents personnels dans lesquels on trouve soit des ictus apoplectiformes, soit des accidents syphilitiques, mais encore par la forme de leurs troubles moteurs et de leurs troubles psychiques.

---

(1) Marcé. — Traité *loc. cit.*
Ball et Chambard. — Art. Démence du dictionnaire encyclopédique.
Lwoff. — *loc. cit.* p. 68.
Raymond et Sérieux. — Art. Paralysie générale. p. 135 in Tté de Méd. et de Thérap.
Beyer. — Cité par Raymond et Sérieux p. 135.
Gilles de la Tourette. — Diagnostic et pronostic de l'hémorrhagie cérébrale et des états apoplectiques. Sem. méd. 1898, p. 257.
F. Marimo. — *loc. cit.*, p. 81.
(2) Fournier. — La syphilis cérébrale, 1879.
Mairet. — Aliénation mentale syphilitique. Paris 1893.
Raymond et Sérieux. — *loc. cit.* p. 138.
Lamy. — In Tté de Méd. 1904. Article Syphilis cérébrale. p. 1032.
Darier. — In Man. de méd. Article Syphilis cérébrale. T. III, p. 336.

Les troubles de la motilité se présentent le plus souvent sous la forme d'une hémiplégie évoluant vers la contracture. Le facial inférieur est ordinairement pris et à un degré marqué. — Les facultés mentales offrent une *altération partielle* qui est plus nette encore dans la syphilis cérébrale que dans la démence apoplectique : Winckel (1), Kraëpelin (2). — Les troubles du langage sont relativement très fréquents. — Quand il y a des troubles de la parole, ils sont en rapport avec la glossoplégie concomittante; la parole est empâtée : « le malade a comme de la bouillie dans la bouche ».

Il faut bien avouer que le tableau clinique en général n'est pas aussi net.

Alors il importe de différencier la démence des hémiplégiques organiques, apoplectiques ou syphilitiques, de la démence paralytique et de la démence sénile, qui peuvent en effet s'accompagner d'hémiplégies ou d'hémiparésies.

Diagnostic différentiel. — La confusion des *hémiplégiques* déments *apoplectiques* et des *hémiplégiques* déments *paralytiques* tient à ce que ces deux variétés de malades présentent des symptômes communs : ce sont, outre les troubles de la motilité, l'affaiblissement intellectuel, les délires épisodiques, les troubles du langage et de la parole, les troubles pupillaires, les ictus apoplectiformes ou épileptiformes.

Ces symptômes sont variables chez ces divers malades.

— Avant d'essayer de les préciser, disons que *l'âge* est habituellement différent. L'âge de l'apoplectique varie entre 48 et 58 ans ; le paralytique général est âgé au contraire de 35 à 45 ans.

— L'hémiplégie est différente dans les deux cas : la *paralysie générale* s'accompagne d'ordinaire d'*hémiparésie* ; la

(1) Winckel. — Contribution clinique au diagnostic de la syphilis cérébrale et de la démence paralytique avec une autopsie. Arch. f. Psy. 1898, F. II.

(2) Kraëpelin. — Psychiat. *loc. cit.* T. II, ch. VII. Edit. 1904.

contracture post-hémiplégique (obs. XVI) y est rare ; la démarche est non pas hélicopode, mais helcopode ou traînante. Enfin il est exceptionnel que le facial soit atteint dans ses domaines supérieur ou inférieur.

L'*hémiplégie apoplectique* est le plus souvent une *hémiplégie vraie*, c'est-à-dire qu'elle évolue presque toujours vers la spasmodicité : le malade marche en fauchant. Le facial est presque toujours touché, et cela surtout dans sa portion inférieure. Lwoff a décrit (1) en outre sous le nom d'*hémitremblement des lèvres* un signe particulier à l'hémiplégique organique apoplectique : dans la parole on note chez lui des tremblements fibrillaires localisés au côté hémiplégique ; on sait au contraire que chez les paralytiques généraux, les lèvres des deux côtés sont animées de tremblements.

— L'affaiblissement des facultés mentales est différent chez ces deux variétés de malades. Chez le *paralytique général*, cet *affaiblissement* est complet, *global* et il évolue avec une grande rapidité. L'*affaiblissement du circonscrit* n'est pas un affaiblissement en masse : c'est un affaiblissement *partiel* qui porte sur la conscience, la mémoire, l'attention, le jugement ; comme on l'a dit : c'est « une intelligence à lacunes ».

— « Les *modifications du caractère* ne sont plus les « mêmes ; dans les lésions circonscrites (hémorrhagie, « ramollissement), le malade devient souvent et dès le « début, méfiant, hargneux, agressif, réticent, méchant « d'une façon systématique... Le paralytique n'est capable « d'aucun sentiment durable ; il est mobile, irritable, se « fâche, rit et pleure au même instant. Tout est effacé dans « l'être psychique du paralytique et il sera impossible de « trouver chez lui un désir, un penchant durable. Il ne sait

(1) Lwoff. — *loc. cit.* p. 36.

« pas vouloir, il ne choisit pas parce que ses déterminations « changent à chaque instant » (1).

— Les caractères des *idées délirantes* et des *hallucinations* aident encore au diagnostic. Les hallucinations sont plus rares chez les paralytiques généraux. Il en est de même des idées de persécution. Les idées de grandeur semblent moins fréquentes et moins marquées chez les apoplectiques. Chez ces derniers, enfin, les idées mélancoliques ont plus de consistance et s'enchaînent plus logiquement.

— Les troubles *aphasiques* sont rares chez les paralytiques généraux, ils sont plus fréquents chez les apoplectiques.

— Les *troubles de la parole* ou dysarthriques ne sont pas non plus les mêmes. La parole des apoplectiques n'est pas ataxique, hésitante, elle n'a pas d'accrocs, d'achoppements comme chez les paralytiques ; c'est une parole pâteuse, embarrassée, d'origine glossoplégique.

— Les *tremblements fibrillaires de la langue* sont relativement très rares chez les hémiplégiques apoplectiques ; leur absence n'est au contraire pas fréquente chez les paralytiques.

— Les *troubles oculaires* enfin sont dissemblables. Si les hémiplégiques apoplectiques peuvent avoir de l'inégalité pupillaire, ils n'ont pas d'abolition du réflexe pupillaire à la lumière.

— Enfin la *lymphocytose* du liquide céphalo-rachidien, constante dans la paralysie générale, est rare ou passagère chez les apoplectiques.

Lorsque le malade est un *hémiplégique syphilitique*, (gomme, artérites, méningites et encéphalites scléreuse et scléro-gommeuse diffuses) de nouveau le diagnostic différentiel est hérissé de difficultés; la confusion avec la *paralysie générale* est alors facile, d'autant plus facile que le

(1) Lwoff. — *loc. cit.*, p. 78.

malade est plus jeune ; et d'ailleurs la syphilis est fréquente dans les antécédents personnels des paralytiques généraux.

On tiendra compte de *l'âge* : la démence syphilitique n'est pas rare avant l'âge adulte (1).

Les *troubles moteurs* sont très marqués dans la syphilis cérébrale : la contracture, avec exagération des réflexes et clonus, est aussi fréquente qu'elle est rare chez les paralytiques généraux.

Comme dans les lésions circonscrites, dans la syphilis cérébrale *l'intellect* subit une *altération partielle* et non totale : Winckel (2), Kraëpelin (3). Kraëpelin dit : « la mémoire et l'activité individuelles sont mieux conservées que dans la paralysie générale. Les malades ont, sauf dans les cas graves, des notions claires sur le temps, le lieu et l'entourage ; ils reconnaissent les personnes après une longue absence ; ils se rappellent les dates éloignées, ils suivent attentivement les événements qui se passent autour d'eux et ils conservent une certaine conscience. »

Les *idées délirantes* mélancoliques, de persécution, de grandeur compliquent d'ordinaire le diagnostic.

Quant aux *hallucinations*, surtout les hallucinations de l'ouïe, elles sont plus fréquentes dans la syphilis cérébrale que dans la paralysie générale (Kraëpelin).

Chez les hémiplégiques syphilitiques, la *parole*, au lieu d'être hésitante, ataxique, semée d'achoppements, présente une sorte d'empâtement comme chez les hémiplégiques ordinaires. Il n'y a pas non plus de tremblements de la langue.

---

(1) Raymond et Sérieux. — p. 138. *loc. cit.*

(2) Kraëpelin. — Psychiatrie. Edit. 1904 T. II. ch. VII.

(3) Winckel. — Contribution clinique au diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale et de la démence paralytique avec une autopsie. Arch. f. Psych. 1898. fascicule 2.

Ajoutons encore comme *signes accessoires* de la syphilis cérébrale, la céphalée, les vertiges, les douleurs ostéocopes, etc.

L'*évolution* de la syphilis cérébrale n'est point aussi rapidement progressive que dans la paralysie générale.

Enfin, le *traitement mercuriel*, dans la syphilis cérébrale, a une action utile, tandis que, dans la paralysie générale, il est plutôt défavorable.

— Quand les troubles mentaux se produisent chez un hémiplégique artério-scléreux, il est souvent bien difficile de préciser si on a affaire à une démence apoplectique ou à une démence sénile (1). A ce propos, Mingazzini (2), dit : « la démence postencéphalomalacique n'aurait pas grande différence avec la vulgaire démence sénile, et elle formerait plutôt une variété anatomique que clinique ».

L'étude des antécédents, du début et de l'évolution de la maladie, quand elle est possible, conduit parfois au diagnostic différentiel.

Les troubles psychiques pourraient encore confirmer ce diagnostic, puisque quelques auteurs et notamment Kraëpelin (3) décrivent à part un « état mental artério-sclérotique », en rapport avec une atrophie cérébrale d'origine vasculaire : « arterio-sclerotiche hirnatrophie. »

— Nous terminerons par quelques mots sur les symptômes qui accompagnent les hémiplégies liées aux abcès du cerveau et aux tumeurs cérébrales.

---

(1) Marcé. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale *Gaz. méd.* de Paris, 1863

P. Marie. — Article Ramollissement, in Traité de *Méd.* et de *Thér.*, t. VIII, p. 730.

(2) Mingazzini. — Cité par F. Marimo, *loc. cit.*, p. 84.

(3) Kraëpelin. — Psychiatrie, t. II, 1904, p. 416.

Kowalewski (Saint Pétersbourg). — L'artério-sclérose du cerveau. *Arch. russes de Psych. de Neurol. et de Méd. lég.*, t. XXXI, n° 1, p. 1898.

Alzheiner. — Les troubles mentaux, dépendant de l'artério-sclérose. Rapport présenté au Congrès annuel des Aliénistes, 1902. (Allg. Zeitsch. f. Psych.).

Les abcès du cerveau relèvent soit d'une infection de voisinage, (oreille, nez, sinus etc.), soit de maladies putrides du poumon ou des bronches (dilatation des bronches, gangrène du poumon, abcès du poumon etc.), soit enfin d'une infection générale (pyohémie, méningite cérébro-spinale, fièvre typhoïde etc.).

Quant aux tumeurs du cerveau, si elles peuvent offrir des troubles moteurs et intellectuels, elles s'accompagnent en plus de céphalée, vertiges, vomissements et surtout de cet étranglement pathognomonique de la papille, que révèle l'ophtalmoscope.

Diagnostic causal. — Il est en général bien difficile de dire si on a affaire à un ramollissement, une hémorrhagie, une lacune, une tumeur, etc... Dans les cas de cardiopathies, on pensera au ramollissement cérébral par embolie. Chez les malades qui ont éprouvé des infections aiguës antérieures, (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, etc), chez ceux qui sont sous le coup d'infections ou d'intoxications chroniques (syphilis, alcoolisme, saturnisme, mal de Bright, goutte, diabète), chez les artérioscléreux ou athéromateux, on pensera aux artérites et aux ramollissements par thrombose, aux anévrysmes miliaires et aux hémorrhagies cérébrales, enfin aux lacunes de désintégration cérébrale.

Quant aux tumeurs cérébrales (tubercules, gommes, gliomes, etc.), elles seront reconnues, quand, outre les symptômes de foyer, on aura des symptômes diffus, vomissements, céphalée, vertiges, signes papillaires, etc...

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les observations résumées avec nécropsie, prises dans différents auteurs, auxquelles nous joignons trois observations personnelles, nous montrent que les lésions anatomiques des hémiplégiques organiques étudiés ici sont le plus souvent représentées par des foyers de ramollissement cérébral (obs. XVIII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXV, XXVIII, XXIX), par des hémorrhagies cérébrales (obs. XIX, XXX), par des lacunes (obs. IV, XXIV, XXVI), par des tumeurs (obs. XXXII, XXXIII, XXXIV).

Quelquefois ces lésions sont associées : tumeur et ramollissement (obs. XXVII), hémorrhagie et ramollissement (obs. XXXI), lacune et ramollissement (obs. IX) (1).

Ramollissement cérébral. — (Obs. XVIII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXV, XXVIII, XXIX). Le ramollissement blanc et le ramollissement rouge sont exceptionnels ; ils ne se présentent que dans le cas de foyers récents surajoutés.

Le ramollissement jaune, état vers lequel évoluent les deux variétés précédentes, est celui qu'on observe le plus fréquemment. Il tient sa coloration jaune de l'état scléreux des tissus et des modifications subies par la matière colo-

(1) Voir Mingazzini. — Observ. cliniques et anatomiques sur la démence post-apoplectique. Rev. expérim. de psychiatrie. 1897. p. 585-804

rante du sang. Il a souvent l'aspect d'une plaque, dite, *plaque jaune*, au niveau de laquelle la décortication est impossible. Le tissu ramolli, rétracté, atrophié, est constitué par une pulpe souvent d'un jaune chamois qui adhère fortement à la pie-mère.

Cette lésion peut-être remplacée par un processus de *cicatrisation*, par une *encéphalite* secondaire ou par la formation de kystes à parois anfractueuses ou scléreuses.

Le microscope rend compte de la mortification du tissu cérébral qui est infiltré de corps granuleux. Ces corps granuleux sont des globules blancs, qui « s'insinuent dans les mailles de la névroglie, dans les parois vasculaires, dissocient le cylindre-axe, absorbant tout, résorbant tout » (1)...

Hémorrhagie cérébrale. — (Obs. XIX, XXX). Les anévrismes miliaires étudiés par Charcot, Bouchard (2), en sont souvent la cause. Leur développement est en rapport avec une périartérite diffuse. Cette périartérite est caractérisée par la raréfaction des fibres musculaires de la tunique moyenne et par la multiplication des noyaux de la tunique externe. Quand la tunique moyenne est atrophiée, le vaisseau se laisse dilater.

La rupture se produit le plus souvent sur l'artère lenticulo-striée, branche antérieure de l'artère externe du corps strié, là où elle rampe sur la face externe du noyau lenticulaire, entre ce noyau et la capsule externe. Charcot appelait cette artère l'artère de l'hémorrhagie cérébrale.

L'hémorrhagie ne se fait cependant pas toujours en dehors du noyau lenticulaire, elle se fait parfois dans ce noyau lui-même, ou dans la couche optique, ou dans le noyau caudé.

Le sang épanché peut dissocier le tissu nerveux et se

(1) Brissaud et Souques. — Article Ramollissement cérébral. *Traité de Médecine* p. 204.

(2) Bouchard. — Etude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales. 1867.

frayer un chemin vers le ventricule latéral ; cette inondation ventriculaire est plus fréquente dans les hémorrhagies de la couche optique et du noyau caudé, qui contribuent, en effet, à la formation du ventricule.

Le foyer hémorrhagique peut évoluer vers la guérison ; tantôt il se forme un kyste à contenu liquide limpide ; tantôt les parois du foyer s'accolent et il ne reste qu'une cicatrice de coloration ocreuse.

Lacunes. — (Obs. IV, IX, XXIV, XXVI) P. Marie, Ferrand, Grasset, Catola (1) ont appelé l'attention en ces dernières années sur ces altérations anatomiques. P. Marie les décrit ainsi : « elles consistent en une perte de substance du volume d'un grain de millet, ou d'une petite fève, à bords le plus souvent irréguliers, parfois arrondis et comme découpés dans la substance cérébrale, sans aucun épaississement, sans aucune modification de coloration ou de consistance ; dans leur intérieur se trouve parfois un peu de sérosité, mais il s'en faut que l'on puisse toujours constater la présence de celle-ci.... Dans le plus grand nombre des cas, on retrouve au centre, ou dans un point de ces lacunes, un vaisseau sanguin, ordinairement perméable ; il est probable que l'atrophie avec rétraction du cerveau, qui coïncide presque toujours avec la présence de l'état lacunaire, joue dans la production de celui-ci un rôle assez important ; en tous cas, dans tous les cerveaux où cet état lacunaire existe, la dilatation ventriculaire s'observe ; elle est même souvent très prononcée ».

On trouve d'ordinaire les lacunes dans le noyau lenticu-

---

(1) P. Marie. — Article Hémorrhagie cérébrale in Traité de Méd. et de Thér. p. 706.

Ferrand. — L'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de desintégration cérébrale *Gaz. des. Hôp.* 10 Juin 1902 et Thèse de Paris 1902.

Grasset. — Cérébro-sclérose lacunaire progressive. Sem. méd. 1904. p. 329.

Catola. — Lacunes de désintégration cérébrale. Rev. de méd., 10 octobre 1904.

laire, quelquefois dans le noyau caudé et la couche optique, rarement en pleine substance blanche.

P. Marie conclut que c'est à l'état lacunaire qu'il faut rapporter le plus grand nombre des hémiplégies observées chez les vieillards.

— Les tumeurs cérébrales tubercules, gommes, sarcomes, carcinomes, gliomes, etc. (obs. XXXII, XXXIII, XXXIV), les abcès du cerveau, les méningites localisées etc., sont plus rares que les autres altérations anatomo-pathologiques que nous venons d'étudier.

VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le *pronostic* est subordonné à la cause et à l'étendue des lésions (ramollissements, hémorrhagie (1), lacunes, tumeurs, etc...)

Le ramollissement qui détruit les fibres nerveuses est plus grave que l'hémorrhagie qui peut se borner à les dissocier (2).

C'est pourquoi chez les hémiplégiques par hémorrhagie cérébrale, « les fonctions psychiques, la mémoire en particulier, et la disposition générale du caractère subissent une altération moins durable que chez les sujets frappés de ramollissement cérébral » (3).

De même Mingazzini, (4) à l'aide de ses observations cliniques et anatomiques sur la démence post-apoplectique a vérifié « cette loi que *la démence est plus grave dans les ramollissements que dans les hémorrhagies...*»

Le retour à l'état normal des fonctions psychiques chez les hémiplégiques organiques, dont la possibilité et la fréquence relative sont admises par presque tous les auteurs : (Falret (5), Legrand du Saulle (6), J. Charpentier (7) etc.), se

(1) Gille de la Tourette. — *Loc. cit. Sem. méd.*, 1898, p. 257.

(2) P. Marie. — Art. Ramollissement. — *Trait. Méd. et Thérap.* p. 746.

(3) Brissaud et Souques. — Art. Ramollissement in *Traité de médecine*, p. 250 Edit. 1905.

(4) Mingazzini. — Rivista spérim. di Frenatria. 1897, (p. 585-804).

(5) Falret. — Etude clinique sur les maladies mentales, 1890.

(6) Legrand du Saulle. — *Gaz. des Hôp.* 1881, *loc. cit.*

(7) J. Charpentier. — *Th.* Paris, 1904, *loc. cit.* p. 11.

produit surtout quand il y a chez ces malades un appoint alcoolique. Pour F. Marimo (1), ce retour à l'état normal serait tout à fait exceptionnel; il ne se produirait guère que quand l'hémiplégie est peu accusée et transitoire. Cet auteur dit en effet, dans ses conclusions sur l'état mental des hémiplégiques : « Même chez les hémiplégiques qui peuvent apparaître, à un examen superficiel comme psychiquement normaux, quand il existe des stigmates permanents d'hémiplégie, il y a toujours des stigmates plus ou moins graves et manifestes de défectuosités psychiques. »

Signalons ici ce fait que Lwoff (2) a observé une fois l'amélioration d'accidents vésaniques antérieurs à la suite d'une hémiplégie organique.

Le *traitement* des hémiplégiques organiques internés, comme celui des autres hémiplégiques organiques est avant tout un traitement physique.

Le traitement interne ne donne guère de résultats que dans la syphilis cérébrale, contre laquelle le mercure est en effet souvent efficace.

Le traitement physique consiste dans le *massage,* la *mobilisation et la rééducation.*

P. Marie pose en principe que l'on ne doit pas avoir peur de toucher aux hémiplégiques (3).

H. Meige (4) au Congrès de Médecine de 1904, a appelé l'attention sur le traitement des hémiplégiques, notamment sur le traitement des « *amnésies fonctionnelles motrices* » de ces malades. « Certains mouvements qui sont possibles, l'hémiplégique ne les fait pas, parce qu'il les a oubliés; ce sont là des amnésies motrices et ces amnésies motrices sont surtout fonctionnelles. » Le malade fait parfois agir ses muscles, mais sans

(1) F. Marimo. — *loc. cit.* p. 120.
(2) Lwoff. — *loc. cit.* p. 62.
(3) P. Marie. — Art. Hémiplégie. *loc. cit.* p. 529.
(4) H. Meige. — Congrès de Méd. 1904. les anémies fonctionnelles motrices et le traitement des hémiplépiques.

but; il ne sait plus les utiliser en vue d'un acte fonctionnel déterminé. « Ne sachant plus comment s'y prendre, il renonce à toute tentative, c'est *l'aboulie motrice*. En multipliant les interventions psycho-motrices, à l'aide d'exercices adaptés à des buts définis, on arrive à créer ces habitudes d'associations motrices qui constituent nos actes usuels et dont l'hémiplégique a perdu le souvenir. Les restaurations fonctionnelles ont une heureuse répercussion aussi bien sur l'appareil moteur que sur les centres et les conducteurs nerveux ; l'organe bénéficie de l'exercice de la fonction (H. Meige). »

La rééducation n'améliore pas seulement les fonctions motrices, elle améliore encore les fonctions psychiques. « La diminution du champ intellectuel, dit F. Marimo (1), tient à l'affaiblissememt parallèle de tous les modes de l'activité psychique, dû en grande partie à un manque d'exercice, à une atrophie ex *non usu*, si bien qu'au point de vue psychologique, on a pu conseiller la *rééducation motrice* qui devient par cela même un *rééducation psychique* ». Et plus loin, il ajoute : « Cette rééducation motrice et psychique devra être précoce et progressive ; elle est le mode de traitement le plus rationnel, le plus capable, sinon de ramener le malade à son état antérieur, du moins d'éloigner et d'atténuer les symptômes de la démence terminale ».

— Il nous reste à parler ici en dernière ligne de l'*internement* même de l'hémiplégique organique. Cet internement est-il utile, nécessaire ?

Charon (2) insiste tout particulièrement pour qu' « on ne se hâte pas de conclure à la séquestration » d'un malade atteint de ramollissement cérébral ; cela parce que l'excitation qui suit l'ictus « est vite remplacée par un état d'affaiblissement intellectuel progressif ».

(1) F. Marimo. — *loc. cit.* La rééducation de l'hémiplégique, p. 95.

(2) Charon. — Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. Archives Neurologie, 1899, p. 441.

D'autre part, les élèves de Magnan ont maintes fois entendu dire à leur maître, au sujet des hémiplégiques, que leur place serait souvent moins dans un asile que dans un hospice.

En fait, le recours à l'internement ne devrait avoir lieu que lorsque le malade présente des réactions automatiques violentes, nuisibles ou destructives.

Ces réactions violentes sont peu fréquentes (5,04 %). Si on y joint les idées et tentatives de suicide (5,26 %), cela ne fait qu'une moyenne de 10,30 % de nos hémiplégiques organiques pour lesquels l'internement aurait été réellement indiqué.

Si pourtant nous jetons un coup d'œil sur la nature du placement des hémiplégiques organiques internés, nous voyons que le placement d'office est presque constant (90 %). L'internement de ces malades se fait donc à l'occasion de troubles psychiques d'une gravité relative. Si ces malades sont internés, c'est qu'ils sont plus ou moins abandonnés de leurs familles, qui n'ont pas de quoi satisfaire à l'entretien et aux soins de leurs malades.

Etant donné ces faits, nous sommes autorisé à conclure que l'internement de ces malades a pour cause essentielle, non pas leur état mental, mais leur condition sociale même, et que par suite, cet internement pourrait être évité 90 fois sur 100 environ, puisque 10,30 % seulement ont des réactions nuisibles ou destructives).

Cet internement pourrait être avantageusement remplacé, sinon pas l'hospitalisation qui est surtout nécessaire quand les hémiplégiques organiques sont atteints de gâtisme (19,63 %), du moins par l'*assistance dans la famille* ou par le *placement dans une colonie familiale* (70,07 %).

La colonisation familiale se pratique depuis longtemps en Belgique, en Ecosse, en Russie, en Allemagne, etc. A Gheel (Belgique) 1900 aliénés sont ainsi assistés, à Lierneux (Bel-

gique) 400, en Ecosse 2.750, etc. La tentative qui a été faite en France est en pleine prospérité : 600 aliénés sont assistés à Dun-sur-Auron (1) et 250 à Ainay-le-Château (2) ; dans ces colonies familiales, le malade est libre, quoique soumis à une surveillance médicale active et continue.

Au lieu de placer les hémiplégiques organiques chez des « nourriciers » comme dans les colonies familiales, ils pourraient être assistés dans leur propre famille, par exemple en leur attribuant la moitié (Rey) ou plus de la moitié des frais nécessaires pour l'entretien à l'Asile. Des tentatives dans ce sens ont été faites dans les départements de la Seine, de Vaucluse et des Bouches-du-Rhône.

C'est en effet par la colonisation familiale ou l'assistance dans la famille que les nationalités éviteront en partie l'encombrement des Asiles d'aliénés et parmi les malades qui peuvent contribuer à faire éviter cet encombrement, il faut placer les hémiplégiques organiques.

---

(1) Marie et Vigouroux. — Communication au Congrès d'Angers, 1898. Comptes rend. 1898, p. 543.

(2) Lwoff. — Colonie familale d'Ainay-le-Château. Rapport. 1901

(3) Rey. — Communication au Congrès de Toulouse 1897. Comptes rend. 1898, p. 488.

VII

OBSERVATIONS

Observation I
(personnelle)

Hémiplégie gauche. — Syphilis. Alcoolisme. Ictus apoplectiforme. Excitation. Affaiblissement des facultés mentales. Atteinte de la conscience, de la mémoire et de l'attention. — Modifications du caractère. — Sensiblerie. — Puérilités. — Idées confuses et peu stables de persécution. — Hallucinations auditives et visuelles. — Pas de troubles oculaires.

Mme Chig..., ménagère, âgée de 48 ans, entre à l'asile de Maison Blanche le 6 mars 1905.

Sa fille nous renseigne sur ses antécédents.

A. H. — Son père est mort, à l'âge de 50 ans, d'un « chaud et froid ». Sa *mère*, qui était *éthylique*, est morte subitement. Elle a eu 5 enfants. Les 2 frères et les 2 sœurs de la malade sont bien portants. On ne trouve rien chez les collatéraux.

A. P. — Elle n'a pas eu de maladies dans sa jeunesse. Elle a été réglée à 12 ou 13 ans. Elle exerçait la profession de lingère ; elle a eu pendant longtemps de fortes migraines.

A 18 ans, elle *a tenté de s'asphyxier* au charbon. Elle a eu deux enfants et une fausse-couche. Le premier enfant est une fille qui est bien portante ; c'est elle qui nous donne les renseignements ci-contre. Comme notre malade avait refusé de se marier avec le père de ce premier enfant, elle épouse, à 22 ans, en 1879, un homme dont elle a une seconde fille qui meurt à l'âge de 3 mois ; de plus après ce second enfant, elle a eu une fausse-couche de 4 ou 5 mois. Sa fille nous dit que son mari lui avait communiqué la *syphilis*. Pour cette raison, et pour d'autres qu'on ne nous précise pas, la malade divorce en 1890.

Quelque temps après, en 1891, elle vient à Paris ; en 1898, elle présente à la jambe un *ulcère* d'origine *syphilitique* : cet ulcère a laissé une cicatrice policyclique, brune sur ses bords, nacrée à la partie centrale.

Enfin le *mari* de notre malade serait *mort* à 47 ans d'une *paralysie générale*.

Il faut ajouter que la malade se livrait à quelques *excès de boisson.*

Depuis 1898, elle jouissait d'une santé à peu près parfaite, quand en *janvier 1905*, vers le 15 de ce mois, elle est atteinte d'un *ictus apoplectiforme.*

Avant cette date, sa fille avait déjà remarqué quelques modifications de ses facultés psychiques. Ces *prodromes* mentaux ont précédé de plusieurs mois son attaque. — C'est ainsi que sa mémoire avait diminué. Elle ne se souvenait plus des faits récents. Au contraire, les faits anciens étaient conservés. — Quand on lui parlait elle ne faisait pas attention. Il fallait lui parler fort et alors seulement elle fixait son attention. — Son caractère avait changé : elle était devenue méchante acariâtre. Elle n'était jamais satisfaite de ce qu'on disait ou faisait et souvent elle prononçait des paroles fort désagréables ou même grossières. Allait-on la voir par exemple avec une personne qu'elle ne connaissait pas très bien, elle s'écriait : « tu ne devrais pas fréquenter cette femme.... c'est une cochonne... une putain... tu ferais mieux de rester chez toi ». — Elle était devenue aussi d'une sensiblerie très prononcée : elle se mettait à pleurer à l'occasion de simples futilités. — Elle négligeait sa toilette et son ménage; très soignée autrefois, elle était devenue exeessivement malpropre et sa maison était un véritable taudis. — Enfin sa fille avait remarqué qu'elle ramassait une foule de petits bouts de papier, des images sales, déchiquetées, de Jésus-Christ ou de la Sainte Vierge ; elle collectionnait en même temps les boîtes de sardines. Elle mettait tous ces objets précieux (?) sur sa cheminée et autour de sa glace et elle trouvait que « ça faisait très bien ».

C'est à la suite de ces puérilités, de ces négligences et de ces troubles de l'affectivité, (15 janvier 1905) qu'elle a été frappée d'une attaque de congestion cérébrale. Cette attaque a eu lieu dans la nuit ; la sensibilité, la motilité et l'intelligence étaient abolies. Au bout de 24 à 48 heures les mouvements et la sensibilité reparaissent, sauf du *côté gauche qui est paralysé* ; la parole reste difficile. Elle ne reconnaît pas sa fille et elle se livre bientôt aux actes les plus bizarres. Ainsi elle quitte sans cesse son lit et quelquefois se promène toute nue. Un jour elle s'habille en homme; elle met un soulier d'un pied, un chausson de l'autre, revêt un gilet et un paletot... et elle criait la bouche comme empâtée : « Je veux m'en aller d'ici, je veux m'en aller ». Elle ne semble pas comprendre, quand on lui parle ; si par exemple, on lui dit : « où est votre fille ? » (qui est présente), elle va à la cheminée et montre une image quelconque.

Après trois ou quatre jours, elle reconnaît sa fille, mais elle est désorientée, elle ne sait pas où elle est. Elle pleure, gémit : « ma fille ne m'aime plus ; mes frères que j'ai toujours aimés ne m'ont jamais aimée ». *Elle dit que tout le monde lui en veut*, sa fille, ses voisines, l'infirmière de l'hôpital Bichat où on l'a conduite.

Elle présente aussi des *hallucinations* de *l'ouïe* et de la *vue*. Elle entend sa mère ou son père, son frère ou sa sœur lui parler ; ils lui disent : « tu sais, je vais venir habiter avec toi ». A un autre moment, elle les voit, elle croit qu'ils sont près d'elle.

Nous l'examinons le 2 mai 1905.

L'asymétrie faciale est assez marquée. Le sillon naso-labial gauche est moins net qu'à droite. La malade ferme bien les deux yeux. Elle ferme seul l'œil gauche et l'œil droit : quand elle ferme l'œil gauche, les paupières supérieures et inférieures sont agitées de tremblements nombreux. La narine gauche est nettement moins ouverte que la droite. La lèvre supérieure, dans sa partie gauche est tombante. Dans le rire, les rides sont moins accusées du côté gauche.

Si on fait ouvrir la bouche à la malade, on remarque que l'orifice buccal est asymétrique ; il est plus ouvert dans sa partie droite, par action prédominante du muscle élévateur de la lèvre supérieure droite.

D'ailleurs, dès que la malade commence à ouvrir la bouche, on voit très nettement la partie droite de la lèvre supérieure s'élever plus haut que du côté gauche.

La langue est déviée à gauche et animée de menus tremblements.

La force musculaire des deux membres supérieurs, droit et gauche, est différente ; elle est un peu moindre du côté gauche. Quand la malade a accompli un effort avec ce membre supérieur gauche, celui-ci, après cet effort, se met à trembler durant quelques minutes. Au niveau des membres inférieurs, il n'y a pas de différence notable. La marche enfin est normale.

Le réflexe rotulien gauche est plus fort et plus brusque que le droit. Le réflexe cutané plantaire ne se produit généralement pas après l'excitation ; les orteils restent immobiles. Quand il se produit, les orteils se mettent plutôt légèrement en flexion, tant à gauche qu'à droite.

Les réflexes abdominaux sont abolis à gauche. A droite on note seulement la présence du réflexe abdominal inférieur. Les réflexes des membres supérieurs sont un peu plus forts à gauche. Le réflexe massétérin est fort.

Il n'y a pas d'hémianesthésie sensitive du côté paralysé, mais la malade ressent des fourmillements dans le membre supérieur gauche.

Il n'y a pas de modification des sensibilités spéciales. La malade se plaint seulement d'avoir des brouillards devant les yeux. Les pupilles sont égales et elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

L'état démentiel de la malade est prononcé. Elle ne sait pas où elle est ; elle ignore en quelle année nous sommes : elle dit « 1879 ou 1900... ça doit être 1879 ». Elle croit qu'elle est à l'Asile depuis le mois de janvier. Elle dit exactement son âge, mais elle ne sait plus quand elle est née. En réalité la mémoire paraît presque abolie. Par instants la malade semble faire effort pour fixer son attention sur une question posée ; mais elle n'y parvient pas et elle dit « je ne sais pas, je ne sais plus ».

Elle n'a plus d'idées de persécution.

Le système vasculaire est athéromateux.

L'examen des autres organes est négatif.

Il n'y a pas d'éléments anormaux dans les urines.

Observation II

(personnelle)

Hémiplégie droite. Syphilis. Idées de persécution assez bien systématisées. Interprétations délirantes multiples. Excitation. Violences. Menaces. Rire et pleurer spasmodiques. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

M. Jar..., âgé de 40 ans, pâtissier, entre à l'Asile de Ville-Evrard le 1er décembre 1904. Le malade donne des renseignements exacts sur ses antécédents ; sa femme nous les a confirmés.

A. H — Le père du malade, qui s'est alcoolisé, à partir de l'âge de 45 ans, (le malade était né), est mort d'une congestion pulmonaire à 57 ans. Sa mère n'a eu qu'un enfant ; elle est morte d'infection puerpérale. Un *oncle maternel* était atteint de *débilité mentale* : il est mort à 40 ans.

A. P. — Il n'a eu aucunes maladies, dans son enfance ni dans sa jeunesse. Il a été réformé pour « varices ». Il s'est marié à 21 ans, en 1886 ; sa femme a eu en 1890 une petite fille, aujourd'hui atteinte de mal de Pott. A la suite de discussions violentes, sa femme, en 1891, l'a quitté. Cependant, le malade contracte la *syphilis* : chancre, roséole, plaques muqueuses buccales et anales. Il est traité par le protoiodure de mercure pendant 6 mois seulement.

De 1891 à 1899, il jouit d'une santé excellente ; ce n'est qu'en cette

dernière année 1899 qu'il ressent des *douleurs lombaires* et des douleurs *en ceinture*. Ces douleurs durent 4 ou 5 jours.

Même état en 1900. En 1901, il entre à Saint-Antoine. On constate chez lui, dit-il, de l'exagération des réflexes rotuliens : il n'a toutefois jamais eu de paraplégie, ni de difficulté pour uriner.

C'est en septembre 1902 seulement que la faiblesse musculaire du côté *droit* apparaît. Elle est d'abord plus accusée à la jambe droite qu'au bras droit. En même temps le malade supporte des douleurs atroces dans l'hypocondre droit.

Au mois de juillet 1903, en l'espace de deux ou trois jours, la paralysie est aussi marquée au bras qu'à la jambe.

Avant d'être hémiparésique, puis hémiplégique, notre malade a présenté des troubles psychiques : sa femme, que nous interrogeons sur ce point, nous donne les détails qui suivent.

Dès 1896, le caractère du malade change. Il devient méchant ; il a des colères violentes dans lesquelles il injurie et insulte grossièrement sa femme. Parfois il l'a menacée de coups. Rien de tel, avant cette date, ne se passait dans le ménage. D'autre part, il prend des habitudes marquées de paresse, il ne travaille plus que un ou deux jours par semaine ; malgré les remarques de sa femme, il persiste dans cette inactivité qui entraîne la gêne dans le ménage. Depuis cette époque encore il est méfiant, il se figure que tout le monde lui en veut, qu'on cherche à le voler, à le tromper ou à lui tendre des embûches.

Ces modifications du caractère, de l'activité, du jugement se sont accentuées d'année en année.

Depuis 1902, les idées délirantes dominent le tableau clinique.

— Nous examinons le malade le 28 avril 1905.

Son hémiplégie est à la période spasmodique. Le sillon naso-labial droit a disparu ; la commissure droite est abaissée ; la fente buccale est déformée et presque immobile à droite ; la langue est déviée à droite ; le malade ne peut fermer isolément l'œil droit. La faiblesse musculaire est très nette au membre supérieur droit ; dans la marche, le membre est contracturé en flexion. Au membre inférieur droit, on constate la même diminution de la force musculaire ; dans la marche, le membre est contracturé en extension et la démarche est hélicopode.

Tous les réflexes sont exagérés aux membres droits. Le réflexe cutané plantaire droit se fait en extension. Le réflexe crémastérien droit et les réflexes abdominaux droits sont abolis. Le réflexe massétérin est faible. Il y a de la trépidation épileptoïde au membre inférieur droit. Du côté gauche, les réflexes sont normaux.

Il y a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite. Le malade porte un nystagmus bilatéral ; il n'a pas le signe d'Argyll-Robertson. Sa main droite est succulente et hypothermique.

— Au point de vue mental, le malade n'est pas désorienté ; sa mémoire, et son attention sont conservées. Les troubles du jugement consistent en idées de persécution plus ou moins systématisées, accompagnées d'interprétations délirantes multiples.

Ce sont des gens de la Bande Noire qui lui en veulent, qui lui font des misères et qui désirent lui « tirer de l'argent ». Dans la dernière maison qu'il habitait, il y a eu réellement (c'est sa femme qui nous l'a dit) un individu poursuivi comme membre de cette Bande. C'est depuis ce moment que le malade croit que tous ceux qui le tourmentent font partie de cette société. « M. Ménissier même, nous dit-il, qu'il a connu autrefois (il y a environ dix ans) et qui lui a causé de nombreux ennuis, devait sûrement être de cette Bande-là ». Il l'a signalé au Préfet de Police.

Quant aux habitants de sa maison, ils sont tous membres de cette Bande Noire. Notre malade dit : « j'étais entouré d'individus suspects et du reste la maison leur appartenait. » Parmi ces gens-là, il y en avait un qui était « employé supérieur de la Poste : il servait habilement la Bande ; il était bien là pour observer. » Cette Bande est supérieurement organisée : elle a des médedins, des avocats, des officiers, des journalistes, des curés, des évêques etc. Il suppose que le propriétaire même de la maison où il demeurait avait des attaches avec cette Bande : en effet quand il le rencontrait, celui-ci lui disait : « Chut ! ne dites rien... il ne faut rien dire ». Sa femme nous raconte qu'un jour après la visite d'un de ses amis, il dit « tu vois, il est venu pour m'assassiner, il reviendra. »

A son avis, au-dessus de la Bande Noire, il y a « la Haute Bande Noire, la haute volée avec barons, comtes, grands ducs, généraux etc... »

Il accuse sa femme d'avoir fait cause commune avec tous ces gens-là.

Ces troubles du jugement amenaient chez le malade des réactions plus ou moins violentes ; il nous dit : « je ne pouvais plus les sentir ». Sa femme en effet déclare qu'il entrait par intervalles dans des colères intenses, avec insultes, injures et menaces tant contre sa femme elle-même que contre les voisins. D'autre part il a écrit à des députés, à des sénateurs et plusieurs fois au Préfet de Police.

A l'Asile, il est calme ; il y a un aliéné, ancien ingénieur civil, qu'i croit membre de la Bande Noire : « il était sécrétaire ou gérant » ;lil

ne peut rien ajouter de plus. Ici, au début il se croyait poursuivi par un chef de la Bande et il entendait sa voix (?).

Quand sa femme vient le voir il est content ; mais il lui adresse bientôt de nombreux reproches.

Le malade présente du rire et du pleurer spasmodiques.

Les autres appareils sont normaux. Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines.

Observation III

(personnelle)

Hémiplégie gauche avec contractures. Ictus apoplectiforme post-puerpéral. Affaiblissement intellectuel, sensiblerie, indifférence. Idées confuses et passagères de persécution, agressions. Idées de satisfaction. Idées érotiques. Hallucinations de la sensibilité générale. Agitation par intervalles. Gâtisme. (*Hémiplégie joviale*).

Mme Ver..., âgée de 58 ans, cuisinière, est entrée à l'Asile de Maison Blanche le 18 mars 1902.

C'est un ami intime de la famille et de la malade, et en partie la malade elle-même, qui nous renseignent sur ses antécédents.

A. H. — Le *père* de la malade est mort accidentellement à l'âge de 40 ans : il était très *emporté*.

Sa *mère* serait morte à 52 ans d'une maladie (?) contractée à la suite d'une *peur*. Elle a eu 7 enfants, 4 garçons et 3 filles. La malade est l'aînée des enfants; le second est une fille qui habite la Bourgogne et qui est bien portante ; le troisième, un garçon, est mort à 9 ans, de diphtérie; le *quatrième*, un garçon, a succombé à 22 ans, au Tonkin, à la suite d'une *phtisie galopante* ; deux autres garçons sont morts en bas âge ; une *fille*, enfin, la *dernière* est morte de la *tuberculose*, à l'âge de 18 ans.

A. P. — La malade a eu des *convulsions* à l'âge de 2 ans. Plus tard, vers l'âge de 10, 15 ans, elle a eu le « ver solitaire ». Elle n'a été *réglée* qu'à l'âge de *20 ans*.

Dans sa jeunesse, elle avait de nombreuses *phobies* ; à chaque instant, il lui arrivait d'avoir des peurs. Si elle restait seule avec une personne étrangère, elle avait peur. Si elle sortait seule, au crépuscule, elle avait peur. Le soir, dans sa chambre, elle avait peur et avant de se coucher,

elle regardait sous le lit. Elle ne lisait jamais les journaux, parce que les faits divers l'effrayaient.

Elle s'est mariée à 31 ans, en 1875.

En cette année 1875 elle a été atteinte de *psoriasis* et a été soignée à Saint-Louis. Elle a fait quelques *excès de boisson*.

A 41 ans, en 1885, elle a eu un enfant qui est vivant et bien portant; depuis quelques années, elle n'en a plus de nouvelles. *A la suite de son accouchement*, elle a été frappée d'un *ictus* apoplectique, dû vraisemblablement à un embolus; elle est restée *paralysée du côté gauche*. *Après* cette attaque apoplectique, elle a eu des *crises* qui paraissent *de nature comitiale* : elle perdait totalement connaissance; elle écumait; elle se mordait la langue; elle urinait dans son lit. Ces crises ont disparu, mais des changements se sont opérés dans son caractère.

La malade, qui avait toujours été gaie, avait des périodes de tristesse; elle voyait les choses en noir. Dans ces moments, elle recommençait ces excès alcooliques.

D'autre part, elle était devenue très capricieuse; tout ce qu'elle voyait, elle le voulait. Elle n'était toutefois pas entêtée et présentait plutôt une mobilité dans les idées qu'elle n'avait pas avant. C'est ainsi que si on insistait pour qu'elle ne fasse pas une chose ou pour qu'elle abandonne un désir, on y arrivait avec assez de facilité. Elle était grossière pour son mari, elle le traitait de noms qu'elle n'aurait jamais dit devant lui autrefois : « Cochon, chameau, c.., etc., etc ».

Parfois elle avait des crises de larmes ou de rires.

La malade est restée, malgré cela, durant huit années avec son mari. En 1893 elle est placée à Villers-Cotterets. Elle y séjourne 9 ans et vient à la Maison Blanche en 1902. Nous trouvons noté dans les divers certificats d'internement: « Hémiplégie gauche avec contractures; affaiblissement des facultés mentales ; idées confuses de persécution ; agressions; agitation, loquacité, insomnie; gâtisme ».

L'ami de la famille que nous interrogeons à ce sujet nous raconte en effet que à Villers-Cotterets elle était devenue grossière, insolente pour le personnel et qu'elle se figurait que tout le monde lui en voulait. D'autre part, elle-même raconte qu'à Villers-Cotterets on lui faisait des misères et qu'on a voulu *l'empoisonner* ; on lui a donné une potion qui lui a porté au cerveau, elle a senti après l'avoir prise comme une barre sur sa tête et il lui semblait qu'il y avait «des fourmis qui montaient le long de cette barre ». Cette hallucination de la sensibilité générale, qu'elle raconte aujourd'hui avec précision, a disparu, mais la malade ne se rend pas compte du trouble de la perception qu'elle a présenté.

Enfin elle était devenue très indifférente. Quand on lui a appris la mort de son mari, elle a répondu : « je m'y attendais, il a bien fait de mourir ».

Nous examinons la malade le 2 avril 1905 à l'asile de Maison Blanche. Elle est gaie, quoique alitée depuis son arrivée ; elle répond avec plaisir aux questions posées.

L'hémiplégie est à la période des contractures, sauf au visage. A ce niveau, on note seulement que la commissure gauche est abaissée et que la joue gauche est un peu plus flasque que la droite. Dans les mouvements, l'axymétrie faciale ne s'accentue pas beaucoup. Les yeux sont bien fermés, ensemble ou simultanément.

La queue des sourcils a disparu.

La force musculaire est diminuée dans les membres gauches; le membre supérieur est contracturé en flexion et le membre inférieur en extension. La démarche est impossible.

Le réflexe rotulien gauche est fort. A droite il est normal. Il n'y a pas de clonus (?). Le réflexe cutané plantaire est en flexion à droite ; à gauche les orteils restent immobiles.

Il a de l'hémianesthésie sentivo-sensorielle du côté gauche.

Les réflexes des yeux sont normaux.

Les sphincters sont relâchés.

L'*affaiblissement intellectuel* de la malade est caractérisé par la perte de la mémoire de certaines dates seulement et par une amnésie antérograde partielle.

Elle ne se souvient pas par exemple d'un fait du pays, que lui a raconté il y a deux jours, l'ami de la famille que nous avons vu. — Son attention volontaire se fixe bien. Malgré cela il faut quelquefois lui répéter plusieurs fois la même question pour qu'elle réponde. — Elle n'est pas désorientée : elle sait l'endroit où elle est, le chiffre de l'année qui court, le quantième du mois de cette année. — Elle ne paraît plus avoir de sensiblerie. Son indifférence est toujours très marquée. Quand on lui parle de son fils, elle dit qu'il n'écrit plus, qu'elle ne l'a pas vu depuis longtemps et qu'elle ne tient pas à le voir.

Elle n'a plus d'idées de persécution ni d'empoisonnement. La sensibilité générale n'est plus troublée. Actuellement ce qui paraît dominer chez elle, ce sont des *idées de satisfaction*; elle n'est pas riche, ni ambitieuse, mais elle est contente, elle a mené la vie joyeuse, elle a eu tous les plaisirs, son infirmité ne la chagrine point. Elle plaisante, elle rit. Cette malade rentre sans doute parmi ces hémiplégies qu'on appelle « hémiplégie joviale ».

Notre malade enfin a peut-être des *idées érotiques ;* elle nous dit: « Je suis paralysée, mais le reste n'est pas paralysé ; j'en mangerais bien. » D'autant que la malade se complait dans les propos grivois.

Les autres appareils ne nous ont rien présenté d'anormal. Les urines sont normales.

Observation IV
(personnelle)

Hémiplégie gauche. Ictus apoplectiforme. Affaiblissement des facultés mentales. Idées confuses de persécution. Impulsions. Hallucinations de la vue. Hallucinations de la sensibilité générale du côté paralysé. Idées de suicide. Idées de richesses. Gâtisme. Eschares.

Nécropsie. Bronchopneumonie (lobe inférieur droit). Six lacunes dans le noyau lenticulaire droit. Deux lacunes dans le noyau lenticulaire gauche.

Mme Court..., âgée de 59 ans, blanchisseuse, entre à l'Asile de Maison Blanche le 4 Juillet 1904.

Son mari nous a donné sur elle les renseignements ci-contre.

A. H. — Son père est mort à 82 ans : il était albuminurique. Sa mère est morte à 42 ans de *tuberculose*. Elle a eu 5 enfants, 3 garçons d'abord, 2 filles ensuite.

L'aîné des garçons est mort en bas âge. Le second est mort à l'âge de 25 ans d'un accident. Le *troisième*, à l'âge de 55 ans, s'est *suicidé*.

L'aînée des filles est morte d'une maladie qu'on ne nous précise pas, vers l'âge de 25 ans. La deuxième fille est la malade.

A. P. — On ne trouve chez la malade aucune affection antérieure à celle qui a déterminé les troubles mentaux actuels. Elle a été réglée à l'âge de 15 ans ; elle n'a jamais eu d'enfants.

En juin 1904, elle a eu une *attaque apoplectiforme* avec perte totale de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence. C'est à la suite de cette attaque qu'on a constaté une *hémiplégie gauche*.

Cette attaque a été précédée de troubles divers.

Longtemps avant, deux mois environ, elle a présenté des étourdissements.

Il lui arrivait de faire de temps à autre des dépenses exagérées ou inutiles. D'autres fois, elle oubliait de l'argent chez les commerçants. Son mari lui donne un jour cinq francs pour ses commissions ; elle achète pour quelques sous de marchandise et ne revient cependant

qu'avec deux francs. Elle avait laissé çà et là diverses pièces de monnaie.

Outre cet affaiblissement de la mémoire et de l'attention, elle avait des modifications du caractère : elle était méchante, égoïste, irritable.

Après son ictus, elle est conduite à l'hôpital Andral où elle ne reste pas à cause des troubles psychiques qu'elle offre.

Nous l'examinons le 7 avril 1905.

Les signes de l'hémiplégie sont actuellement peu marqués. Il n'y a pas d'asymétrie faciale, aussi bien au repos que dans les mouvements spontanés ou provoqués. La langue n'est pas déviée à gauche. Du côté des membres gauches on note toutefois une diminution de la force musculaire. La démarche n'est point altérée.

Les réflexes rotuliens, comme les achilléens, sont forts des deux côtés; il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite; à gauche, il n'y a pas de réaction à l'excitation. Les réflexes abdominaux sont faibles, mais ils existent des deux côtés. Les réflexes des membres supérieurs sont forts et brusques. Le réflexe massétérin est normal.

Du côté gauche on observe une hémianesthésie sensitive totale.

Les sphincters parfois sont relâchés.

L'affaiblissement intellectuel de la malade n'est que *partiel*. Les faits anciens sont précisés assez exactement : il n'y a d'erreurs que pour quelques dates. Elle ne sait pas en quelle année nous sommes : elle dit 1918. Elle ignore le mois, le jour de cette année. Elle croit qu'elle est là depuis plus d'un an. En revanche elle se souvient que nous l'avons visitée plusieurs fois et que son mari lui a dit que nous l'avions questionnée. Son attention est difficile à fixer ; elle précise mal certains faits sur lesquels nous insistons ; elle passe d'un sujet à l'autre et il s'en suit qu'il est malaisé de la suivre et que ses propos sont plus ou moins incohérents.

Il n'est pas facile de savoir si la malade a des *idées de persécution*. Tantôt elle dit qu'elle en veut à son mari ; tantôt elle affirme qu'elle n'a pas à se plaindre de lui. Elle n'est cependant pas réticente, à ce qu'il semble. Quoiqu'il en soit, elle dit plutôt du mal de son mari.

Peut-être l'explication de cette attitude et de ces réponses sera-t-elle trouvée dans ce fait que la malade a des *hallucination de la sensibilité générale, du côté hémiplégique*; son mari en effet, dit-elle vient tous les soirs coucher avec elle : « il se met à sa gauche, comme d'habitude, et elle le sent bien ». On lui dit qu'ici c'est une salle de malades et que son mari ne peut pas venir. Alors, elle répond « Eh bien, je lui dirais

qu'il ne vienne plus. » Quelquefois elle se fâche après son mari parce qu'il « fait un tas de saletés dans son lit ». Nous n'avons pas pu savoir si elle avait des hallucinations génitales. Mais, comme elle gâte, elle a dans l'idée que c'est lui qui dépose ces « saletés dans son lit ». Alors elle se lève, elle l'injurie « cochon, salop » ; elle déchire son matelas, ses draps, ses couvertures et elle jette tout ce qu'il a taché. Quand elle est ainsi excitée et que son mari vient la voir, elle le menace et un jour elle l'a pris à la gorge.

D'autres fois, elle entre en colère parce qu'il amène d'autres femmes dans son lit. Il est impossible de savoir si elle les voit ou si elle les sent. La malade a en effet aussi des hallucinations de la vue: « ce matin, nous dit-elle, elle a vu son mari entrer par la porte : il est venu s'asseoir auprès d'elle ».

La malade a des *idées de suicide :* elle aurait même tenté une fois de s'asphyxier avec du charbon.

Elle a des *idées de richesses* : elle possède plus de 6.000 fr. sur un livret. Elle a trois armoires pleines de linge. Enfin son père lui a donné au moins 3.000 fr. de rente (?).

Notons que la malade a de la dysarthrie.

Les autres appareils paraissent normaux. L'examen des urines a été plusieurs fois négatif.

30 avril. — Depuis quelques jours la malade est fatiguée. Elle ne tient plus sur ses jambes. On a dû l'aliter. Elle parle beaucoup, surtout la nuit.

10 mai. — Apparition d'une eschare à la fesse gauche, le 3 mai. Depuis cette époque, le malade a de la fièvre : la température oscille entre 38 et 39°. On note également de l'albuminurie.

30 mai. — Depuis quelques jours, la malade présente de la gêne de la respiration et une température assez élevée, 39°, 39°5.

5 juin. — La malade succombe à la suite d'une période d'asphyxie assez longue.

— *Nécropsie.* — Le *poumon* droit est augmenté de volume, il pèse 627 gr. Le lobe inférieur est résistant au doigt : on trouve au centre un foyer d'hépatisation du volume d'une mandarine. Le poumon gauche pèse 485 gr. ; il est simplement congestionné à sa base.

Le *cœur* est dilaté et flasque ; il pèse 360 gr. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont sclérosées.

Le *foie* a l'aspect muscade.

Les *reins* sont petits : le droit pèse 105 gr. ; le gauche 115 gr. au

cours de leur décortication, la substance corticale de la glande est entraînée par endroits.

La *rate* pèse 80 gr.

— *Encéphale.* — Ce qui frappe d'abord, quand on a enlevé la dure-mère, c'est un œdème cérébral très accusé portant sur les deux hémisphères.

Le poids de l'encéphale est seulement de 960 gr. L'hémisphère gauche pèse 396 gr. ; le droit 440 gr. ; le cervelet avec l'isthme 127 gr.

Les artères de l'hexagone ne sont pas athéromateuses.

Hémisphère droit. — La décortication est facile, malgré la finesse et la fragilité de la pie-mère. Il n'y a pas de lésions à la surface extérieure.

La coupe de Flechsig met en évidence dans le noyau lenticulaire, *six lacunes*. Elles occupent le segment externe de ce noyau et plus exactement la partie postérieure de la moitié antérieure de ce segment externe. La plus volumineuse occupe le centre de cette région ; elle admettrait une grosse tête d'épingle. Deux autres lacunes, plus petites, sont en avant d'elle et trois autres, plus petites également, sont en arrière d'elle.

Hémisphère gauche. — On trouve deux petites *lacunes*, dans le segment externe du noyau lenticulaire.

Observation V

(personnelle)

Hémiparésie gauche. Ictus apoplectiforme. Affaiblissement intellectuel. Amnésies antérograde et rétrograde. Sensiblerie. Idées confuses de persécution. Hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat. Idées de suicide. Gâtisme.

Madame Jol..., âgée de 56 ans, journalière, entre à l'Asile de Maison Blanche, le 9 janvier 1905.

Ce sont ses enfants qui nous renseignent sur ses antécédents.

A. H. — Son père est mort à 54 ans d'une fluxion de poitrine. Sa mère est morte à 32 ans (on ne nous dit pas de quelle affection). Elle a eu 6 enfants. Deux sont morts *tuberculeux* ; aucuns n'ont présenté des maladies nerveuses ou mentales.

A. P. — La malade n'a jamais eu « une heure de maladie », avant son ictus. Elle a été réglée vers l'âge de 13 ans. Elle s'est mariée à

20 ans et a eu 4 enfants, trois garçons et une fille qui sont bien portants.

En décembre 1902, elle a été frappée d'une « congestion cérébrale ». Avant cette attaque, l'entourage ne s'était aperçu d'aucunes modifications dans son intelligence ni dans son caractère. C'est un soir, en rentrant de son travail, qu'elle s'est trouvée malade : elle tenait à peine debout ; elle était comme ivre ; sa parole était embarrassée. Cependant elle ne perd pas totalement connaissance et n'est pas paralysée à la suite ni à droite ni à gauche. Elle a eu des vomissements et ses jambes ont enflé, le médecin traitant a trouvé de l'albumine dans ses urines. Elle est restée environ trois mois au lit. Quand elle se lève, elle est désorientée ; elle se perd dans sa propre maison ; elle habite Rosny et elle se croit à Neuilly-Plaisance Elle perd la mémoire, surtout la mémoire des faits récents : elle perd le souvenir de sa maladie ; elle ne sait rien de ce qui se passe tous les jours et elle oublie tout ce qui s'est passé, en ces dernières années. Elle devient méchante. Elle se plaint qu'on lui fait des misères, qu'on ne s'occupe pas d'elle et qu'on ne lui donne pas ce qu'il lui faut. Par instants, elle a des crises de pleurs interminables. Son affection pour ses enfants a beaucoup diminué ; « c'est à peine si elle remarque, nous dit sa fille, l'arrivée de son fils aîné, celui qu'elle à toujours préféré. »

Placée d'abord à Nanterre, elle en sort à cause de ses troubles psychiques.

Le certificat du Dr Magnan, du 9 janvier 1905, est ainsi conçu : « léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations, illusions et interprétations délirantes. Idées de persécution. Tendances au suicide par intervalles. *Hémiparésie gauche* ».

Nous l'examinons le 2 avril 1905.

— La malade présente une *hémiparésie gauche.*

Il n'y a pas d'asymétrie faciale, au repos ni dans les mouvements : seule la narine gauche est moins ouverte que la droite.

Les yeux sont bien fermés, ensemble ou successivement. La langue est déviée à gauche.

La force musculaire est diminuée du côté gauche, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur. La démarche se fait à petits pas.

Les réflexes rotuliens sont forts et brusques, à gauche comme à droite. Il n'y a pas de clonus.

Le réflexe cutané et plantaire se fait en flexion des deux côtés ; il est moins net à gauche.

Les réflexes abdominaux sont moins nets à gauche qu'à droite. Les

réflexes des membres supérieurs sont forts. Le réflexe massétérin est faible.

La sensibilité est diminuée du côté gauche. La malade dit avoir des fourmillements dans les membres gauches. Elle se plaint, aussi d'une « douleur » à la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite.

Elle dit avoir des « brouillards » devant les yeux et des bourdonnements dans les oreilles.

— *Les facultés mentales de la malade sont affaiblies, et perverties, surtout affaiblies.*

La *mémoire* est fortement atteinte ; « je ne sais plus rien, je n'ai plus de mémoire », dit-elle, quand on la questionne sur sa vie passée ou récente. L'interrogatoire de ses enfants nous a montré que la plupart des faits de son existence sur lesquels elle nous avait répondu, ou des dates qu'elle nous avait fournies, étaient erronés. — Elle ne sait pas où elle est. Elle dit son nom, celui de son mari, sa profession, mais elle ignore en quelle année nous sommes, en quel mois ; elle ne sait pas pourquoi elle est ici ni dans quel but. Malgré cette disparition presque totale de la conscience, elle nous répond, une fois que nous lui demandions si elle avait par moments des colères, que quand elle en avait « elle ne cassait rien parce qu'elle aurait dû racheter ».

Son *attention* ne peut pour ainsi dire pas être fixée : il n'y a que lorsqu'on l'interroge sur ses idées de persécution et sur ses hallucinations que son esprit semble sortir de sa torpeur générale.

Elle a des *idées de persécution*, confuses, incohérentes. Sa sœur, un de ses frères la tourmentent et l'insultent ; or elle ne les a pas vus depuis des années. Sa fille, son fils Louis également lui en veulent. Ils l'insultent, ils lui disent « des affaires qui ne sont pas justes et qui la mettent en révolution ». Ils ne voulaient pas travailler, ils lui ont volé le peu d'argent qu'elle avait.

Au cours de ces paroles, elle s'embrouille et ne sait plus au juste qui lui fait des misères et qui la vole.

Elle présente des *hallucinations de l'ouïe*. On la couvre de sottises et de grossièretés : « vache, putain etc. ». On la traite de voleuse ; on dit : « il faut la foutre à la porte... elle a volé les bas d'un enfant ». Ce matin une voix lui a dit « il faut laisser ces bas, ils sont à moi ».

Elle a aussi des *hallucinations visuelles* ; la nuit surtout elle voit « des bêtes, des araignées, des souris, des rats ». Tout à coup, pendant que nous l'interrogeons, elle nous dit : « je vois en ce moment une tête dans le coin du mur ; c'est la tête d'un animal » ; elle n'a pu nous dire

quel était cet animal. La nuit elle voit encore « des bonshommes, des bonnes femmes » ; elle dit : « ils viennent là devant moi et ils y restent ; ils ne sont pas honteux, vous savez ». Alors ils lui font des grimaces, des singeries, ils lui disent des choses effrayantes et vilaines pour lui faire peur. Elle ne nous dit pas quelles sont ces choses. A cause de tout cela, elle se met en colère, elle crie : « il faut bien leur répondre ». Elle leur dit les pires injures et grossièretés.

Enfin la malade a présenté des *hallucinations de l'odorat*. Ici on la laisse tranquille, mais chez elle elle a souvenance que ses ennemis lui apportaient de mauvaises odeurs : « çà sentait l'urine, le soufre ».

Elle a eu quelques *idées de suicide* : « elle voulait, nous dit-elle, se jeter à l'eau ». Elle n'a jamais tenté de le faire.

La malade gâte.

Les autres appareils paraissent normaux.

— Les artères sont athéromateuses.

Nous n'avons jamais trouvé d'albumine dans les urines de la malade.

Observation VI
(personnelle)

Hémiparésie droite. Etourdissements. Dysarthrie. Affaiblissement léger des facultés intellectuelles. Idées confuses de persécution. Idées de satisfaction. Illusions, hallucinations de la vue, interprétations délirantes. Réticences. Excitation par intervalles. Délire hallucinatoire. Sitiophobie.

Mme Bick..., âgée de 55 ans, cuisinière, entre à l'Asile de Maison-Blanche le 10 mars 1905. Le certificat d'admission du Dr Magnan est ainsi conçu : « Affaiblissement des facultés mentales, illusions, interprétations délirantes, excitation, actes et propos désordonnés. Inégalité pupillaire. *Hémiparésie droite.*

Son mari nous a donné les renseignements qui suivent :

A. H. — Le père de la malade, est mort jeune d'une maladie ignorée du mari. Sa mère est vivante encore et a 80 ans. Elle a mis au monde quatre enfants qui sont bien portants. Nous n'avons trouvé aucune affection nerveuse ni mentale dans la famille.

A. P. — La malade s'est fracturée la jambe droite à 18 ans. Nous ne notons chez elle aucune maladie antérieure à celle qui l'amène ici.

Réglée à 15 ans, mariée à 28, elle a eu un seul enfant qui est bien portant. Elle n'a pas fait de fausses-couches.

Ajoutons toutefois que la malade s'est livrée à quelques *excès de boisson*.

La maladie actuelle a débuté dans le courant de l'année 1903. C'est d'abord le *caractère* de la malade qui s'est modifié. — Elle devient capricieuse : tout ce qu'elle voit lui fait envie ; elle désire une foule de choses : jupes, chapeaux, souliers, etc. Elle ne se rend pas compte de l'argent qu'il faudrait pour la satisfaire.

Quand elle avait ces idées d'achats variés, elle était gaie, expansive et dans un véritable état d'excitation. A d'autres moments, au contraire, elle était sombre. Cela durait deux ou trois jours : alors, elle était apathique, aboulique, indifférente : « elle ne voulait plus rien, elle ne désirait plus rien, » dit le mari. Quelquefois, au cours de ces phases de dépression, elle se mettait à pleurer durant des heures. Outre cette sensiblerie, elle présentait, en dernier lieu seulement, des colères violentes : elle criait, elle frappait les portes, les chaises, les tables.

Elle avait encore des *idées confuses de persécution* : elle disait que tout le monde lui en voulait : la concierge, les voisins, les amis, les parents. Elle les accusait de vouloir lui dérober son avoir.

Le soir, la nuit, il lui arrivait souvent de voir des voleurs dans sa chambre ; elle criait alors : « On va nous voler..., on va tout nous prendre..., voleurs !... voleurs !... »

Dans le jour, si elle voyait une voiture approcher de sa maison, elle disait à son mari : « Les voilà !... voilà la voiture qui vient nous chercher... c'est pour nous prendre... c'est pour nous voler. » — Si quelqu'un venait la visiter, elle croyait encore que cette personne allait la piller ou la dévaliser. Quand elle voyait son mari toucher un objet dans la chambre, elle disait : « N'y touche pas, tu vas te faire prendre. »

Illusions, hallucinations paraissent alterner chez la malade.

Elle n'a pas présenté d'ictus apoplectiforme, mais elle a eu des étourdissements avec *embarras de la parole* qui était comme empâtée.

— Nous l'examinons le 12 avril 1905.

Elle est calme, paraît comme hébétée et répond avec mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose.

L'hémiparésie est caractérisée par une *diminution de la force musculaire* au niveau du membre supérieur droit et du membre inférieur du même côté.

La face n'est pas asymétrique ; seule la commissure droite est un peu

abaissée. La langue n'est pas déviée du côté parésié. La dysarthrie existe toujours.

Les réflexes rotuliens, normaux à gauche, sont forts à droite; il n'y a droite ni clonus, ni extension de l'orteil.

Les réflexes du membre supérieur droit sont plus forts que du côté gauche. Le réflexe massétérin est normal.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Les yeux réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, mais il y a de l'inégalité pupillaire; la pupille droite est plus grande que la gauche.

—Au point de vue mental, la malade n'est que partiellement désorientée : elle dit son nom, sa profession ; elle sait où elle est, depuis quand elle est là ; elle se trompe seulement sur le mois et sur le jour. — L'attention de la malade paraît difficile à se fixer: pour avoir une réponse, il faut insister longuement. Il en résulte que l'examen de sa mémoire est particulièrement malaisé, surtout si l'on joint à cela que la patiente se prête avec mauvaise grâce à l'interrogatoire.

D'une façon générale la malade a des périodes d'excitation et de calme. Actuellement la malade est tranquille.

Quand elle est excitée, elle crie nuit et jour : elle voit des voleurs, des animaux, notamment des rats et des vaches ; elle dit encore qu'elle voit le feu. Elle crie : « voleurs, assassins. » Elle appelle son mari ; elle demande qu'on lui « apporte de la poule au riz (?). »

Quand on la questionne sur ces faits, elle regarde autre part et ne répond rien. Ces *réticences* s'expliquent assez bien par suite de la conservation partielle des facultés intellectuelles de la malade.

Elle a parfois de la *sitiophobie*.

On a noté aussi chez elle des *idées de satisfaction*; elle est heureuse, riche, bonne, jolie etc.

Les artères sont légèrement athéromateuses.

Les autres appareils sont normaux les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Observation VII

(personnelle)

Hémiplégie droite. Ictus. Affaiblissement intellectuel. Idées de persécution confuses et puériles. Interprétations délirantes. Idées de grandeur. Mobilité des idées délirantes. Hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et de la sensibilité générale.

Madame Guér. J..., 67 ans, sans profession, entre à l'Asile de Mai-

son Blanche, le 16 janvier 1905. Ses enfants nous ont donné les renseignements qui suivent sur ses antécédents héréditaires et personnels.

A. H. — Il n'y a pas eu de maladies nerveuses ni mentales chez les parents de la malade : sa mère est morte à 87 ans et son père à 88 ans. Seule une *grand'mère* de la malade, maternelle ou paternelle, aurait été frappée de « *paralysie* », mais elle n'a pas été internée.

A. P. — Elle n'a pas présenté de maladies dans son enfance, ni dans sa jeunesse.

Elle a eu 8 enfants et une fausse-couche.

Un des enfants, le troisième, est mort de *tuberculose* à l'âge de 43 ans ; un autre le dernier est mort vers l'âge de 4 ans à la suite de *convulsions*. Les autres enfants sont bien portants.

La malade a eu le *choléra* en 1898.

En juin 1902, elle a été atteinte d'un *ictus* apoplectiforme, qui a été suivi de *paralysie de tout le côté droit*. Elle a repris connaissance au bout de 24 à 48 heures, mais elle ne parlait pas du tout ; pendant huit jours environ, elle n'a pu prononcer un mot ; puis elle a commencé à émettre des sons inarticulés, semblables « à un aboiement ». La parole est restée difficile pendant plusieurs mois. De temps en temps encore, dit sa fille, elle présentait des difficultés de la parole.

Avant son attaque, la malade n'a jamais eu de troubles mentaux. A plusieurs reprises, nous avons insisté auprès de sa famille sur ce point ; toujours nous avons obtenu les mêmes réponses. Notre malade était une bonne mère de famille et une bonne épouse ; elle travaillait beaucoup dans son ménage et pour ses enfants.

Toute sa vie a été une vie de surmenage. Comme la famille était très nombreuse et la situation de fortune précaire, elle a eu de gros ennuis. Cependant rien n'avait changé dans son caractère, ni dans ses actes.

C'est seulement quelques mois *après son attaque* de congestion cérébrale que *les troubles psychiques font leur apparition*.

C'est d'abord son caractère qui se modifie. Elle devient *coléreuse, irritable :* « pour un rien elle s'emporte ». Ses colères atteignent parfois une violence telle « qu'elle vous aurait bien étranglé ».

La *mémoire* lui fait quelquefois défaut : elle ne se rappelle plus où elle a mis tel ou tel objet.

Elle a des *idées confuses de persécution* : « tout le monde lui en veut ».

Elle devient *méfiante :* si une personne étrangère s'approche d'elle, elle s'éloigne de crainte que celle-ci ne lui fasse du mal.

Elle tracasse et malmène son mari ; cet homme qui est malade aussi et qui ne sort pas, elle l'accuse d'aller « courir les femmes ». Elle l'insulte parfois grossièrement : elle lui dit un jour, « Vieux cochon ! les gendarmes vont venir t'arrêter ; tu viens de violer une petite fille ».

En novembre 1903, elle perd son fils, âgé de 43 ans, de tuberculose. Il serait mort, paraît-il, au cours d'une visite du prêtre du village. Cette coïncidence l'impressionne vivement et elle répète sans cesse : « mon fils est mort dans les bras du curé ! Mon fils est mort dans les bras du curé ! »

A partir de ce jour, dit sa fille, « elle prend le curé en grippe ». C'est de cette époque également que semblent dater les hallucinations auditives qu'elle présente encore actuellement.

Au mois de Juillet 1904, le 14 exactement, elle paraît avoir eu un accès *d'excitation maniaque*. Elle chante, elle crie, elle gesticule. Elle dit à sa fille : « Tiens, voilà les lapins qui chantent. » Elle dit au médecin qui vient la voir : « vous m'avez fait d'un coup trois enfants de douze ans. » Cette excitation n'a été que passagère.

En octobre 1904, elle va habiter, avec son mari, auprès d'une de ses filles. Son mari meurt peu de temps après. Les difficultés qui se dressent alors, à propos de l'héritage de ses enfants, auraient encore augmenté sa maladie. Elle parle constamment avec le curé. Tantôt elle discute affaire avec la voix et reste relativement calme ; tantôt la voix lui dit des choses désagréables et alors elle profère des menaces.

Elle dit que ce prêtre a un fils et que « ce fils couche avec la plus jeune de ses filles » qui a 30 ans.

Sa fille même a des enfants et tous les enfants qu'elle voit, elle les prend pour les enfants de sa fille.

Elle a présenté quelques *idées de grandeur* : elle se croyait très riche, alors qu'elle ne possède en réalité qu'une très petite fortune.

Par intervalles, elle était d'une violence extrême ; elle battait ses filles ; elle les mordait ; un jour elle disait à celle qui la peignait qu'elle allait lui arracher les yeux. Elle disait encore : « je vas vous crever ! »

Elle entre à l'asile le 16 Janvier 1905.

— Nous l'examinons le 26 mars 1905 : elle est très calme et elle répond bien aux questions posées. Ici d'ailleurs, elle n'a jamais été agitée.

L'hémiplégie droite est caractérisée par les signes suivants :

A la face, le sillon naso- labial droit est moins accusé qu'à gauche. La commissure droite est plus basse que la gauche. Les plis du front

sont aussi nets à droite qu'à gauche ; si on commande à la malade de rider son front, on remarque que les plis en forme d'arcades à concavité inférieure qui se produisent à droite et à gauche, sont plus accusés à droite et présentent toujours à droite une convexité dont le sommet est plus élevé.

La malade ferme bien les deux yeux et elle les ferme bien séparément. La langue est un peu déviée à droite. A noter que dans le rire l'asymétrie faciale paraît moins nette qu'au repos (?)

La force musculaire du membre supérieur droit est moindre que celle du membre supérieur gauche, aussi bien dans les mouvements d'extension que dans les mouvements de flexion.

Le membre inférieur droit est moins fort que le gauche.

Quand on commande à la malade de porter un verre à ses lèvres, il y a, à droite, un léger degré d'ataxie. De même, quand on lui fait porter l'index de la main droite au bout du nez, on voit le doigt s'arrêter à 2 cm du bout du nez et secondairement atteindre l'organe.

Dans la marche, la jambe paraît simplement roide.

Le réflexe rotulien droit est exagéré : il n'y a cependant que quelques secousses épileptoïdes. A gauche, il est normal. Quand on percute le tendon rotulien droit, on note un léger réflexe contro-latéral.

Le réflexe plantaire est normal à gauche ; à droite, les petits orteils se mettent en flexion, le gros orteil ne bouge pas.

Les réflexes abdominaux sont abolis à droite et à gauche.

Au membre supérieur droit, tous les réflexes sont exagérés ; rien de tel à gauche.

La malade présente de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit. A gauche, il existe de l'hypéresthésie.

Les membres du côté paralysé sont le siège d'engourdissements et de fourmillements.

Il n'y a pas de troubles du sens des attitudes, ni du sens stéréognostique.

Les sphincters sont normaux.

Les membres droits sont légèrement atrophiés.

— Au point de vue *mental*, notre malade présente un léger affaiblissement des facultés intellectuelles avec des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe.

Elle dit bien son nom, l'année de sa naissance : mais elle se trompe sur son âge : elle dit qu'elle a 68 quand elle n'en a que 66. Elle sait où elle est née. Elle sait où elle est actuellement. Elle ne peut dire exac-

tement l'année de son mariage, mais elle se rappelle bien la promenade qu'elle a faite et les gens qui étaient invités.

Elle se trompe également sur la date de l'année où elle a eu le choléra ; elle dit qu'il y a cinq ans et en réalité elle a été atteinte en 1898. Elle dit exactement cependant la date de sa congestion cérébrale.

L'attention volontaire est conservée, mais elle est lente.

La malade a des *idées de persécution*. Ses fils aînés lui en veulent : ils sont poussés par leurs femmes. Un de ses petits-fils, sur les conseils de sa mère, est venu même lui voler une paire de draps : « C'est le curé qui le lui a dit. »

A propos de ce curé, qui lui parle à tous moments et qui paraît tenir maintenant une place capitale dans son existence, elle raconte toute une histoire. Ce curé avait une maîtresse ; il a eu un fils qui a été élevé par la tante de sa maîtresse. Disons en passant que cette tante lui a volé dix paires de draps : « c'est encore lui (le curé) qui me l'a dit » ajoute-t-elle. Quant au fils du curé, il couche avec sa fille la plus jeune : « le fils a fait comme le père », dit-elle. Ils ont eu un enfant qui a 12 ans ». Or sa fille a aujourd'hui 30 ans et le fils du curé 25 ans. Quand elle a eu cet enfant, sa fille avait donc 18 ans et le jeune homme... 13 ans. Elle ne se rend pas compte tout de suite de cette énormité et ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'elle s'écrie : « Ah ! mon Dieu ; c'était un enfant !.. ». Le lendemain, à la visite, elle nous a fait remarquer qu'elle s'était trompée ; mais elle n'a toujours pas pu s'expliquer clairement sur ce point.

Dans les derniers temps qu'elle a passés chez elle, elle accusait sa fille de coucher non seulement avec le fils du curé, mais encore avec tous les hommes du village ; elle lui disait journellement : « Eh ! va donc faire la noce pour gagner cent sous ».

Quand elle voit un enfant, quel que soit son âge, elle le prend pour l'enfant de sa fille : c'est le curé qui lui dit : « Tiens, voilà l'enfant de ta fille ! »

Les *hallucinations de l'ouïe* de la malade apparaissent avec la plus grande facilité ; il suffit qu'elle reste tranquille un instant pour que aussitôt le curé lui parle. Ce curé d'ailleurs est très bavard ; elle dit : « il faut qu'il cause, qu'il dise ; il me dit qu'il s'ennuierait s'il ne causait pas ». Elle l'entend bien des deux oreilles. Elle croit qu'il est en haut ou bien à côté. Elle n'a jamais pu le voir : « en ce moment, dit-elle, il descendrait bien, mais il est trop salement pour venir devant ces Messieurs ». — Ce curé ne lui dit pas toujours des choses propres Un jour il lui aurait dit : « je vas te faire voir mon bleu (?) ». Ce

jour-là, elle lui a répondu un peu vertement : « Ah bien merde ! vieux saligot ! je vas t'en foutre du bleu ! ». Il vient de lui dire tout de suite : « pourquoi ne dis-tu pas la vérité ; tu sais bien que je voulais coucher avec toi ». Elle nous fait remarquer en même temps que ce curé tutoie tout le monde, même la comtesse de P....

Ses hallucinations sont surtout fréquentes le soir, quand elle se couche. Quelquefois ce curé l'ennuie avec ses conversations ; alors elle se cache la tête sous les draps pour ne plus l'entendre.

Il lui est arrivé parfois de se mettre en colère après lui. Ainsi, une fois, chez elle, elle est montée avec sa bru à l'étage au-dessus, où il habitait d'après elle pour lui dire de se taire. Elle avait « un bon bâton » à la main et elle voulait le « cogner ». Je l'ai cherché dans la chambre, dit-elle ; ma bru riait ; mais je ne l'ai vu nulle part ». A l'instant même, il vient de lui dire qu'il était bien dans la chambre et qu'elle l'a touché avec son bâton.

C'est le curé qui l'a amenée ici, raconte-t-elle. Il avait besoin de venir à la Maison Blanche : elle ne sait d'ailleurs pas pourquoi ; et c'est lui qui doit la remmener. « Il la fait rester longtemps ici, pour qu'elle enrage un peu ».

Elle a eu également quelques hallucinations de l'*odorat* et de la *sensibilité générale*. Elle s'est plainte autrefois que le curé lui emplissait la jambe droite avec de l'eau. De plus, quand il habitait au-dessus d'elle, il lui jetait de la poussière « qui ne sentait pas bon » ; elle avait une odeur fécaloïde ; une seule fois elle aurait senti la rose.

L'examen des autres appareils est négatif. Les artères sont cependant légèrement dures. Il n'y a pas d'éléments anormaux dans les urines.

La malade a été transférée à Clermont.

Observation VIII

(personnelle)

Hémiplégie droite. Ictus. Excitation passagère. Léger affaiblissement des facultés mentales. Altération partielle de la mémoire ; idées de persécution. Hérédo-alcoolisme.

La malade Ros..., âgée de 65 ans, entre à l'Admission (Saint-Anne), le 24 février 1905. Les renseignements qui suivent nous sont fournis par son mari.

A. H. — Son *père*, qui était *éthylique*, est mort d'une fluxion de poitrine à 59 ans. Sa mère est morte à 75 ans : elle était asthmatique. Elle a eu trois enfants, deux filles et un garçon. L'aînée des enfants était une fille ; elle était *alcoolique* et a succombé à la tuberculose à l'âge de 50 ans. Le second était un garçon qui est mort au bout de quelques jours. Le troisième est la malade.

Une *grand'mère paternelle*, morte à 91 ans, a toujours été très « *méchante* » ; dans les dernières années de sa vie, ses facultés mentales se sont *affaiblies*. Une *tante*, du côté du père, était « *bizarre, excentrique* ».

A. P. — Elle n'a pas eu de maladies dans son enfance ni dans sa jeunesse. Elevée à la campagne, elle a appris un peu à lire, compter et écrire ; elle a travaillé plus tard comme couturière. Toujours très gaie, elle s'amusait beaucoup et amusait beaucoup les autres.

Venue à Paris en 1862, elle se place comme cuisinière et se marie en juin 1864. Elle a trois enfants, trois garçons. L'aîné, qui a 40 ans, est bien portant et ne boit pas. Le *second*, âgé de 32 ans, a été *interné* en 1894 à Bicêtre durant un mois, et un an après à Sainte-Anne : il avait des idées de grandeur et des idées de persécution ; il aurait fait quelques excès de boisson. Le dernier enfant est mort du croup à l'âge de 9 mois.

La malade *s'alcoolise* depuis 1891. Elle buvait surtout du vin, mais aussi de l'eau-de-vie, du cidre, du rhum et de l'absinthe. Elle avait fréquemment des accès de *délire alcoolique*, avec violences. Elle criait, elle chantait, elle cherchait des disputes aux uns et aux autres. Il lui arrivait de jeter ses matelas par la fenêtre. Un jour, elle a menacé son mari avec un rasoir et a dit aux voisines qu'elle « allait lui couper les parties ».

Un autre jour, elle a fait du scandale dans une église.

A dater de 1896, elle vit le plus souvent à la campagne, dans son pays ; elle s'y livre aux mêmes excès alcooliques.

En septembre 1903, elle est frappée d'un *ictus apoplectiforme*. C'est à la suite de cette affection qu'elle est restée paralysée du côté droit. Cette première attaque n'a pas été accompagnée de troubles du langage.

Six mois après, en mars 1904, nouvel ictus suivie d'aphasie : la malade comprenait bien ce qu'on disait, mais elle ne trouvait pas les mots pour s'exprimer et répondre. Peu à peu, elle est arrivée de nouveau à se faire comprendre.

La malade a présenté enfin une troisième attaque en janvier 1905. Cette attaque n'a pas différé de la seconde.

Lors de son entrée dans le service, le 24 février 1905, la malade est relativement agitée. Elle prononce des paroles incohérentes et elle se livre à des mouvements désordonnés. On a dû l'aliter par terre. Elle dit : « ce sont ces voleurs-là qui me font du mal..., voleurs..., tous voleurs. » Elle gesticule, se lève et quitte son lit. La nuit elle est turbulente et ne dort que par intervalles très courts.

Cette excitation a peu duré. Déjà le 6 mars, on note que la malade est plus calme, qu'elle répond mieux aux questions qui lui sont adressées. Elle se plaint seulement de son mari : d'ailleurs elle le croit mort et elle se réjouit très ouvertement de sa mort.

— Nous l'examinons le 22 avril 1905. Elle est tranquille et docile.

Au point de vue somatique, on constate une hémiplégique droite à la période spasmodique. L'asymétrie faciale est assez marquée, tant au repos que dans les mouvements. L'extrémité nasale est nettement portée à gauche; l'ouverture de la narine droite est plus petite que celle de la gauche. La commissure droite est abaissée. Le sillon naso-labial droit est moins accusé que le gauche. Il ne paraît rien y avoir dans le domaine du facial supérieur. Dans le rire, l'asymétrie du visage s'accentue.

La force musculaire est très diminuée du côté des membres supérieurs et inférieurs droits. Le membre supérieur droit est contracturé en flexion, le membre inférieur droit en extension.

Dans la marche, la pointe du pied traîne sur le sol : le mouvement hélicopode est seulement esquissé.

Les réflexes rotuliens sont exagérés du côté droit et normaux du côté gauche. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à gauche ; du côté droit le gros orteil accomplit un léger mouvement d'extension.

Les réflexes abdominaux sont faibles du côté droit. Au membre supérieur droit tous les réflexes sont exagérés. Le réflexe massétérin paraît normal.

Il n'y a pas d'anesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit.

Par intervalles, la malade a des fourmillements dans les membres droits.

Elle nous signale également des bourdonnements dans les deux oreilles.

Elle a de l'aphémie, sans dysarthrie : il y a des mots quelle ne peut pas trouver. Elle indiquera l'usage d'un objet, sans arriver à en prononcer le nom. Elle sait bien où elle est, mais elle n'arrive pas à dire Sainte-Anne ou plutôt elle n'y arrive qu'au bout de 10 à 20 secondes.

— L'affaiblissement intellectuel de la malade est léger, simplement partiel. La mémoire est assez peu altérée. Seule *la mémoire des dates a*

totalement disparu. C'est ainsi que la malade n'est pas désorientée : elle sait qu'elle est à Sainte-Anne et que là on soigne des aliénés ; elle sait l'heure du jour, le jour du mois et le mois de l'année, mais elle ignore cette année elle-même. Elle a beau chercher, elle ne trouve pas.

Si on insiste davantage, elle dit que « cela n'est pas important et que ce n'est vraiment pas la peine d'y penser ». Elle ne peut pas dire non plus quand elle est entrée ici. « Y-a-t-il un an ? » lui demande-t-on. Rapidement elle répond : « non, il y a seulement quelques mois » ; elle ne précise pas plus et elle ajoute encore « ça n'a pas d'intérêt ; pourquoi songer à cela » ? Elle se trompe sur son âge et ne peut dire en quelle année elle est née. Si elle se souvient bien de la dernière Exposition Universelle, elle n'en sait pas la date ; de même pour son mariage.

Les faits anciens sont-il mieux conservés que les faits récents ? La malade, se souvient bien de son mariage ; elle le raconte avec assez de détails. Mais en revanche elle croit qu'elle n'a plus qu'un enfant vivant ; les deux autres sont morts. En réalité un seul est mort et deux sont vivants. D'autre part, elle sait qu'elle a eu en septembre 1903 une attaque de congestion, mais elle ne se rappelle pas ses deux autres attaques, de mars 1904 et de janvier 1905.

La malade se rend compte que sa mémoire a diminué. Elle s'en aperçoit bien parfois, quand elle tente de faire revivre le passé. Elle n'en éprouve aucun chagrin. Quand elle ne trouve pas, ainsi que nous l'avons déjà signalé, elle dit par exemple : « après tout, pourquoi se casser la tête » ?

L'attention volontaire, on le voit, est donc conservée ; si elle n'est pas soutenue, elle se manifeste avec assez de force par intervalles. Ce n'est qu'au bout d'un moment, plus on moins long, de recherches que la malade abandonne son sujet, pour être tranquille.

Outre ce léger état d'affaiblissement des facultés mentales, elle a des *idées de persécution*. « Mon mari m'en veut..... il m'en a fait des misères et des méchancetés !... Si mon fils m'en veut aussi, c'est que mon mari lui a monté la tête ». Son mari était très jaloux, et parfois il la frappait. Quand cela arrivait, elle ne disait rien, tant à cause des enfants que des « maîtres », et elle se cachait. Son mari lui volait son argent ; tout ce qu'elle possédait, il le donnait à des cousins et il privait ses enfants du nécessaire. « Elle a été bien malheureuse !... elle en a souffert !... » C'est lui enfin qui l'a mise à Sainte-Anne « pour se débarrasser d'elle. Comme elle serait heureuse pourtant, si elle pouvait aller vivre avec son fils ! Il aurait mieux valu qu'elle meure,

quand elle a eu sa paralysie ». Elle dit tout cela sans larmes aux yeux; » elle est calme et même elle paraît indifférente. Quelles que soient ses réponses, son facies reste immobile. — En l'écoutant, on se demande cependant si ce qu'elle dit n'est pas véridique et n'étaient les renseignements du mari et les diverses lettres du dossier, on la croirait sur paroles.

D'ailleurs, elle *nie* avec fermeté *tout excès alcoolique*. Elle avoue en revanche qu'elle se mettait quelquefois en *colère*, mais c'était parce que son mari lui faisait des méchancetés.

Elle a, vis-à-vis de nous, une certaine *méfiance* : en nous voyant écrire si longuement, elle a peur, dit-elle, d'être encore maltraitée par son mari (?).

Elle s'en va en nous disant : « je ne suis pas méchante ; je n'ai jamais fait de méchancetés à personne ».

Les autres appareils sont normaux.

Observation IX

Hémiplégie droite. Trois ictus. Disparition de l'hémiplégie droite ; quatrième ictus ; hémiplégie gauche.

Excitation maniaque après le troisième ictus. Affaiblissement partiel des facultés mentales. Idées délirantes confuses, mobiles : idées de persécution, idées de suicide. Troubles de la sensibilité générale.

Adipose douloureuse.

Nécropsie. Deux foyers de ramollissement dans l'hémisphère droit. Cinq foyers lacunaires dans les noyaux gris du côté gauche.

Mme Gout..., âgée de 62 ans, sans profession, entre à l'Asile de Maison Blanche, le 30 juin 1904.

Nous avons obtenu de son petit fils qui vivait avec elle, les renseignements qui suivent.

A. H. — Ce jeune homme ne peut rien nous dire sur le père et la mère de la malade. Il sait cependant que sa grand'mère avait deux frères, dont l'un, qui était alcoolique, est mort de *tuberculose*.

A. P. — La malade, qui est l'aînée des enfants, a toujours joui d'une santé excellente. Mariée à 18 ans, elle a eu deux enfants ; une fille, l'aînée, est morte à 36 ans de *tuberculose* ; le second enfant qui était un garçon, est mort à 37 ans « d'une bronchite chronique, compliquée d'une maladie de cœur ».

A l'âge de 58 ans, en 1900, la malade a été frappée d'une première attaque de congestion cérébrale.

Depuis quelque temps, elle se plaignait d'une forte céphalée, mais son intelligence et son caractère paraissaient intacts. Elle a été atteinte pendant la nuit ; elle n'a pas eu de paralysie au cours de ce premier ictus. Elle est restée au lit une quinzaine de jours. Quand on lui parlait, elle ne savait pas ce qu'on lui disait ; si par exemple on lui demandait ce qu'elle allait manger, elle répondait qu'elle allait se lever ou se promener. Si son petit-fils lui disait qu'il avait rencontré une dame qui avait demandé de ses nouvelles, elle prétendait que ce n'était pas Mme X... qu'il avait rencontrée, mais Mme Z... « et elle ne voulait pas en démordre», nous dit-il.

Outre cet entêtement absurde, elle était devenue méchante et exigeante. Elle accusait son petit-fils de ne pas avoir assez d'égards pour elle.

Enfin parfois elle avait des hallucinations de la vue et elle disait tout à coup qu'elle voyait des animaux ou des diables.

Au bout de trois à quatre semaines, la malade revient presque à l'état normal.

Un an après, en 1901, les mêmes accidents réparaissent. Cette *seconde attaque* a été cependant moins forte. Parfois on voyait bien qu'elle ne savait pas ce qu'elle disait; néanmoins cela était moins accentué que la première fois. Avant son ictus, elle a eu encore une très vive céphalée. Elle se rétablit assez vite et reste deux ans sans avoir de nouvel ictus.

C'est en 1903 qu'a eu lieu brusquement, durant la nuit, la *troisième attaque*. Elle avait été précédée également de maux de tête et de douleurs dans le côté droit. Le médecin constate une *hémiplégie droite* ; la parole était atteinte ; la malade ne pouvait pas dire ni trouver les mots.

Quand elle recommence à parler, son petit-fils remarque qu'elle *a perdu la mémoire et l'attention* : « elle ne se rappelle de rien. » Si deux personnes lui parlent, elle répond n'importe quoi à celle qui ne lui cause pas. Elle perd la notion de l'année, du mois, de l'heure, du lieu : dans sa maison elle se trompe de lit.

Son *caractère* se trouve complètement changé. Elle devient très irritable, « un rien la met hors d'elle : il suffit de déplacer une chaise pour qu'elle crie, jure...» Elle a des entêtements puérils : « quand elle avait quelque chose dans l'idée, on ne pouvait plus le

lui enlever. » Elle devient méchante, menace son petit-fils : elle l'aurait bien frappé si elle avait pu. Par intervalles enfin elle a des crises de larmes.

D'autre part elle se figure que *tout le monde lui en veut* : on la méprise, on dit du mal d'elle. Son petit-fils lui vole de l'argent ; quand il revient de faire une commission, il ne lui donne pas son compte.

Elle avait aussi des *hallucinations de la vue*, tant diurnes que nocturnes : elle voyait des gens qui venaient devant elle et qui dansaient dans sa chambre. Elle voyait des papillons et des animaux, notamment des rats et des souris qui sautaient sur une ficelle. Elle voyait encore des flammes et des étincelles.

Elle a eu des *idées de suicide*, elle voulait se jeter à l'eau. Elle n'a toutefois jamais tenté de le faire.

— Quand la malade est arrivée à l'Asile de Maison Blanche, le 1er juillet 1904, elle était très agitée. Le certificat immédiat du Dr Taguet porte en effet : « *excitation maniaque* des plus intenses, avec désordre complet dans les actes et dans les idées... en raison de son excitation, il n'a pas été possible de la laisser dans un quartier d'observation ».

— Lorsque nous l'examinons, le 5 avril 1905, nous nous trouvons en face d'une malade calme qui présente surtout aujourd'hui de l'affaiblissement intellectuel.

Les signes actuels de son hémiplégie sont assez peu marqués. Il existe une légère asymétrie faciale. La commissure droite est plus basse que la gauche. Le sillon naso-labial droit est plus vertical qu'à gauche.

La joue droite paraît un peu plus tombante. La malade ferme bien les deux yeux, mais elle ne peut les fermer séparément. La langue est légèrement déviée à droite : elle est animée de menus tremblements. Quand la malade parle, il n'y a des mouvements des lèvres que dans la partie gauche de la bouche.

La force musculaire des membres est sensiblement la même à droite et à gauche : d'une façon générale, elle est diminuée des deux côtés.

La malade marche à petits pas, sans traîner la jambe droite.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. Les réflexes abdominaux paraissent abolis. Aux membres supérieurs, les réflexes sont forts. Le réflexe massétérin est faible.

La sensibilité objective est la même à droite et à gauche. La malade a des *douleurs spontanées* dans les membres.

La pupille droite est plus grande que la gauche.

S'il n'y a pas de troubles du sens stéréognostique, il y a du côté droit des troubles du sens des attitudes.

Les membres présentent dans leur segment rhizomélique des *masses adipeuses lobulées douloureuses* à la pression et spontanément.

Enfin l'hémithorax gauche est particulièrement pigmenté.

— Les facultés mentales de la malade sont affaiblies ; mais elles ne sont pas abolies. Elle sait qu'elle, est à Maison Blanche ; pour elle c'est une maison de santé et non un asile. Elle ne sait pas en qu'elle année nous sommes, mais elle en connaît le mois et à peu près le jour. Elle ne dit pas exactement son âge, mais elle se souvient en quelle année elle est née.

Elle se rappelle qu'elle voyait, durant sa maladie, des hommes et des animaux dans sa chambre. Elle n'en voit plus aujourd'hui. Elle nous dit qu'elle ne se souvenait pas qu'elle était allée à l'hôpital Saint-Antoine et que c'est son petit-fils qui le lui a dit. Elle sait que son petit-fils est venu samedi dernier.

Son attention volontaire est en partie conservée et elle nous fait remarquer que, quand elle fait des efforts, elle arrive à trouver ce qu'elle a oublié. Ce sont les dates sur lesquelles elle se trompe le plus souvent.

Ici elle ne se plaint de personne et ne paraît plus avoir d'idées de persécution ni de suicide.

Par intervalles elle a des crises de pleurs.

Elle dort bien et n'est pas turbulente la nuit.

Nous n'avons rien trouvé du côté des autres appareils ; il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine.

7 *Mai 1905*. — Depuis quelques jours, la malade se plaint de céphalée ; l'appétit est diminué. Hier dans l'après-midi, elle a présenté quelques vomissements et, dans l'intervalle de ces vomissements, une somnolence qui augmente progressivement. Les sphincters se relâchent : la malade entre bientôt dans le coma.

9 Mai. — Depuis ce matin la malade recommence à parler.

L'examen de la motilité montre que la force musculaire est diminuée du côté gauche. Au dynamomètre, la pression qu'elle exerce de la main droite, fait monter l'aiguille à 5 ; de la main gauche, l'aiguille reste immobile.

Le réflexe rotulien gauche est plus fort, que le droit . De même aux membres supérieurs. Les réflexes cutanés plantaires sont normaux.

Il n'y a rien à la face du côté gauche ; au contraire la paralysie faciale inférieure droite est très accusée.

La malade a de la dysarthrie.

Elle comprend les questions qu'on lui pose. Sa conscience et sa mémoire sont ce qu'elles étaient auparavant. Elle fait les mêmes réponses qu'au premier interrogatoire. Il est nécessaire seulement d'insister davantage, pour qu'une réponse soit faite par la malade, autrement dit, pour que son attention se fixe.

D'autre part, elle se plaint de son petit-fils et dit que « c'est un polisson ». Elle n'en ajoute pas davantage.

14 mai. — Aujourd'hui, lors de la visite, la malade nous dit qu'elle a une paire de ciseaux dans l'estomac et une épingle dans l'oreille gauche.

20 mai. — La malade présente des eschares fessières, à droite et à gauche.

La température atteint 38°.

2 juin. — La température oscille depuis douze jours entre 38 et 39°. La langue est sèche, rôtie.

3 juin. — La température du matin est 39°7, celle du soir, 41°. La malade meurt vers 4 heures du matin.

— *Nécropsie* (pratiquée 28 heures après la mort).

D'une façon générale, les organes sont atrophiés.

Le *cœur*, graisseux, fait cependant exception. Il dépasse de beaucoup la normale puisqu'il pèse 390 gr. Les valvules sont saines, mais il y a quelques plaques athéromateuses sur l'aorte.

Les *poumons*, petits, pèsent 810 gr. Le poumon droit pèse 450 gr. On trouve, dans le lobe moyen, un noyau crétacé, du volume d'une aveline de consistance molle. Le lobe inférieur est congestionné.

Le poumon gauche pèse 360 gr. et offre de la congestion également au niveau de son lobe inférieur.

Le *foie* ne pèse que 1.030 gr. On trouve dans la vésicule biliaire non dilatée, 38 calculs à facettes variables, de la grosseur d'une noisette.

La *rate* pèse 130 gr.

Le *rein* droit pèse 115 grammes, le gauche 105. Ils sont petits, mais ne présentent pas de lésions macroscopiques.

— L'*encéphale* pèse 1.055 gr.; le cervelet avec l'isthme : 145 gr.; l'hémisphère droit : 430 gr.; l'hémisphère gauche : 480 gr.

L'hexagone de Wilis est athéromateux.

Hémisphère droit. — La décortication se fait avec une grande facilité par suite de l'épaississement des méninges. Après décortication, on remarque *deux foyers de ramollissement.*

L'un de ces foyers siège à la partie postérieure et supérieure du lobe temporal; il intéresse également la partie moyenne de la pariétale inférieure, en avant du pli courbe.

De coloration jaunâtre, il a, à peu près, les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Il se trouve dans une sorte de dépression limitée en haut par la pariétale supérieure, en avant par la partie antérieure de la pariétale inférieure, en arrière par le pli courbe et notamment par le pli vertical qui descend du sillon interpariétal.

L'autre foyer siège au niveau du bord externe et inférieur du lobe occipital; il empiète légèrement sur la base de ce lobe et s'étend d'avant en arrière sur une longueur de 2 cm. et sur une largeur de 1 cm. environ. Sa coloration est jaunâtre.

Une coupe transversale, pratiquée au niveau du premier ramollissement montre que la substance grise et la substance blanche sont intéressées. Au centre, la lésion a une profondeur de un demi-centimètre. La profondeur de la lésion va en diminuant du centre à la périphérie de cette lésion.

Au niveau du second ramollissement, une même coupe montre que la substance grise est seule intéressée.

Hémisphère gauche. — La surface extérieure est normale avant comme après la décortication.

La courbe de Flechsig montre des *lacunes* dans la couche optique et le noyau lenticulaire.

La couche optique présente *deux lacunes* : l'une au centre de cette couche optique, du volume d'un pois, d'une profondeur de 4 à 5 mm.; l'autre sur son bord interne, du volume d'une grosse tête d'épingle, de 2 mm. environ de profondeur.

Le noyau lenticulaire offre *3 foyers lacunaires*, échelonnés d'avant en arrière, à la limite du segment externe et du segment interne. Celui du milieu est gros comme un pois et a 5 à 6 mm. de profondeur; les deux autres sont plus petits (2 à 3 mm).

Observation X

(personnelle)

Hémiplégie gauche. Ictus apoplectiforme. Affaiblissement des facultés mentales. Perte presque absolue de la mémoire. Modifications du caractère. Idées de mariage. Sensiblerie. Perversion morale. Gâtisme.

Mme. Cav..., âgée de 65 ans, entre à l'Asile de Maison Blanche, le 3 mai 1905.

Nous tenons de sa nièce qui vivait avec elle les renseignements qui suivent.

A. H. — Son *père*, marchand de bestiaux, *très violent* était *éthylique* ; il est mort du choléra vers l'âge de 50 ans. Sa mère est morte de « sénilité » dans sa 78me année. Elle a eu trois enfants. *Le premier* est mort à 58 ans d'une *congestion cérébrale*. Le *deuxième* a eu des *convulsions* dans sa jeunesse et il était « à peu près totalement *idiot* ». Le troisième est la malade. L'interrogatoire ne décèle aucune maladie nerveuse ou mentale chez les collatéraux.

A. P. — La malade qui habitait l'Eure autrefois n'aurait jamais été souffrante avant son attaque de paralysie. D'une grande robustesse, elle s'est seulement livrée à quelques *excès de boisson*.

C'est en 1894, qu'elle a eu une première *attaque de congestion cérébrale*. Elle a été frappée brusquement : elle a totalement perdu connaissance. Ce n'est qu'au bout de trois jours qu'elle a commencé à comprendre ce qu'on lui disait et à prononcer quelques paroles. Elle présentait d'ailleurs une grande difficulté pour articuler les mots. Son *côté gauche* était *paralysé*, (face et membres). La malade est restée alitée environ deux mois.

Sa nièce nous dit qu'elle n'a offert *aucun trouble psychique avant son attaque ;* son caractère, affirme-t-elle, n'avait subi aucunes modifications.

Ce n'est qu'après l'attaque, quand elle commence à se lever, que l'on remarque que son intelligence s'affaiblit. Elle perd la mémoire : « elle mettait quelque chose à une place et ne savait plus où elle l'avait mis ». On ne peut plus l'intéresser à quoi que ce soit. Rien n'attire plus son attention.

Elle devient méchante, volontaire, entêtée ; elle avait notamment des entêtements puérils, totalement injustifiés ; elle faisait tout ce

qu'on lui défendait de faire; elle soutenait les causes les plus absurbes, malgré les arguments les plus justes qu'on lui opposait. Elle déchirait ses vêtements et si on la prenait sur le fait, « elle allait se cacher comme un enfant ».

Par intervalles, elle entrait dans des colères violentes. Il lui est arrivé une fois de frapper une de ses cousines; plusieurs fois elle a frappé sa domestique. Elle a changé du reste plus de vingt fois de « bonnes », dit la nièce, car elle était particulièrement grognon et trouvait que tout était mal fait.

Elle était encore d'une très grande exigeance : à peine avait-elle commandé une chose qu'elle voulait que cette chose soit déjà exécutée.

Elle était devenue très égoïste : tout lui était destiné et elle aurait volontiers dit aux gens qui l'entouraient de ne pas manger.

Ses sentiments affectifs étaient fort diminués. Elle regardait avec une indifférence presque absolue l'arrivé ou le départ des siens.

Parfois elle était très grossière et cela avec des enfants ; c'est ainsi qu'elle disait au fils de sa nièce qui a quinze ans : « si tu m'ennuies encore, je m'en vais te faire biser mon c... » Fréquemment elle avait le mot merde à la bouche et elle traitait sa « bonne » de tous les noms : « putain, vache, salope etc., etc. ».

En 1899, la malade a eu un *second ictus*. Cette fois encore, elle a perdu connaissance et la parole a été de nouveau altérée. Son caractère est resté le même ; mais son indifférence a augmenté ; elle ne remarque plus la venue de sa famille.

Au mois d'août 1902, la malade a eu une *troisième attaque*. Celle-ci a a été plus légère que les deux précédentes.

Sa nièce la prend avec elle à Paris, en avril 1903.

En janvier 1904, elle devient gâteuse : toutefois elle n'urine et ne perd ses matières que lorsqu'elle est au lit. Elle se met également à se barbouiller la figure de ses excréments et à en manger.

Depuis septembre 1904, elle gâte partout, au lit, debout, dans la chambre, sur son fauteuil.

Sa nièce nous fait remarquer encore que depuis cette époque elle avait perdu en quelque sorte toute sensibilité objective ; par exemple si elle faisait une chute ou si elle tombait de son lit, elle ne poussait pas un cri ; elle paraissait n'avoir rien senti.

Au mois de janvier de cette année, elle est restée comme mélancoli-

que. Elle ne parlait plus et ne voulait plus manger. Cela n'a duré qu'une semaine.

Dans les derniers jours qu'elle a passés chez sa nièce, elle devenait très inconvenante. Dès qu'on entrait dans sa chambre et peu lui importait qui entrait, elle levait les jambes en l'air et montrait ses organes génitaux. Enfin, quand on lui lavait ces régions, elle manifestait une joie qui fait dire à sa nièce qu'elle « était devenue vraiment répugnante ».

Nous apprenons enfin qu'elle a eu des *idées de mariage* assez accentuées et qu'elle devait épouser un homme qui se proposait avant tout de capter le peu d'argent que la malade possédait.

— Nous l'avons examinée le 4 mai 1905.

Les signes de l'hémiplégie sont très nets. La face est asymétrique, surtout dans le rire ; le sillon naso-labial gauche est moins accusé que du côté droit. La langue est déviée à gauche. La force musculaire est diminuée dans les membres gauches. La jambe est contracturée en extension et le bras en flexion.

Il nous a été impossible à cause de la contracture des membres paralysés de voir l'état des réflexes. Le réflexe cutané plantaire toutefois se fait très nettement en extension du côté gauche ; à droite, il se fait en flexion.

La sensibilité à la piqûre paraît être la même à droite et à gauche.

— L'examen des facultés mentales montre qu'elles sont profondément affaiblies. La malade ne se souvient guère que de son nom, de son prénom, du nom de son mari et du nom du pays qu'elle a habité toute sa vie. Quand on lui demande ce qu'elle faisait à la campagne, elle dit « cultivateur » et c'est tout ce qu'on peut tirer d'elle. Par instants elle se met à pleurer. A un moment donné, elle nous dit « qu'elle ne pleurait pas comme çà avant d'être paralysée et qu'il vaudrait mieux être morte que d'être dans sa situation ». C'est en vain que nous avons cherché à trouver en elle d'autres faits conscients ; nous n'avons pas pu d'ailleurs lui faire redire spontanément ces paroles.

Elle présente des troubles de l'articulation des mots : sa parole est empâtée.

Dans la journée, elle chiffonne ses vêtements ou les déchire. Parfois elle s'arrache les cheveux. La nuit, elle n'est pas bruyante mais elle dort assez peu et remue constamment dans son lit.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les artères sont dures et flexueuses.

Observation XI

(personnelle)

Hémiparésie droite. Ictus. Léger affaiblissement des facultés mentales. Idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale. Illusions. Interprétations délirantes. Idées de mariage. Idées érotiques et religieuses.

Mme Mor..., âgée de 71 ans, sans profession entre à l'Asile de Maison Blanche le 17 novembre 1904.

Les renseignements que nous avons sur la malade, nous ont été fournis par une de ses filles.

A. H. — Le *père* de la malade, *éthylique*, est mort à un âge avancé (?); sa mère est morte à 46 ans « hydropique ».

Elle a eu 7 enfants. Quatre sont morts en bas âge : ce sont les quatre premiers enfants, deux filles et deux garçons. Le cinquième enfant est la malade. Le *sixième* est une fille également, âgée actuellement de 69 ans ; à la suite d'une « peur » elle a fait un avortement ; de plus elle est *morphinomane*. La 7e enfin, âgée de 66 ans, présente des douleurs rhumatismales et de la surdité. En outre dans les collatéraux, on trouve un *cousin germain*, atteint de débilité mentale, *marié à notre malade*, *interné* sur la fin de ses jours.

A. P. — Dans son enfance, la malade a eu la *variole* à l'âge de trois ans. Puis à 10 ans, à la suite de la grippe, elle a eu une *pleurésie*. Elle a été réglée à 16 ans.

Elle s'est *mariée* à 19 ans *avec son cousin germain*, aliéné ; elle a eu six enfants et une fausse-couche. Deux sont morts, le cinquième et le sixième, le cinquième à 21 ans de tuberculose, le sixième à 22 ans d'une fièvre typhoïde.

Les quatre autres, trois garçons et une fille, sont vivants.

L'aîné, âgé de 50 ans, est bien portant ; le second et le troisième (sa fille) sont plus ou moins *débiles* ; quant au quatrième, il est atteint *d'idiotie*.

La malade aurait fait deux affections graves l'une en 1879 et l'autre en 1890 : il nous a été impossible de savoir la nature des ces affections.

En janvier 1901, elle a eu une *attaque de congestion cérébrale* qui a été suivie de *paralysie du côté droit*. Nous n'avons pas pu savoir si des troubles psychiques avaient précédé cet ictus apoplectiforme. D'autre part le début des troubles psychiques actuels et leurs modalités ne nous ont pas non plus été précisés par sa fille.

En novembre 1904, la malade entre à l'hôpital Andral : de là elle est conduite à Sainte-Anne à cause de ses idées de persécution et à cause de sa turbulence.

— Nous l'avons examinée le 15 Avril 1905, à l'Asile de Maison Blanche.

Au point de vue hémiplégique, on note que le sillon naso-labial droit est moins net qu'à gauche. La commissure droite est abaissée. Dans la conversation on remarque que les deux lèvres du côté droit restent accolées ; du côté gauche seulement elles exécutent des mouvements. Il ne paraît rien y avoir du côté du facial supérieur. La langue n'est pas déviée du côté paralysé.

La force musculaire est diminuée du côté droit, tant au niveau du membre supérieur que du membre inférieur. La démarche n'est pas altérée.

Les réflexes rotuliens sont forts des deux côtés, peut-être un peu plus forts à droite.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à gauche. A droite, le gros orteil a tendance à se mettre en extension ; le plus souvent après l'excitation cutanée, il reste immobile.

Les réflexes abdominaux sont normaux des deux côtés. Au membre supérieur droit, les réflexes des radiaux, des fléchisseurs et du tendon du triceps, sont plus forts qu'au membre gauche.

Le réflexe massétérin est faible.

Il n'y a pas objectivement de modifications de la sensibilité générale. Mais on note des engourdissements et des douleurs vagues dans les membres supérieur et inférieur droits.

Le sens stéréognostique et le sens des attitudes ne sont pas altérés.

S'il n'existe pas de troubles trophiques, on note toutefois quelques troubles urinaires : au moment où elle a besoin d'aller à la garde-robe, elle perd quelques gouttes d'urine.

— Au point de vue mental, il faut d'abord noter que la malade répond avec calme aux questions qu'on lui pose et qu'elle explique assez clairement ce qui lui est arrivé. Son intellect n'est pas tant affaibli que perverti.

Elle a une conscience à peu près complètement exacte de sa situation. Elle dit son nom, son âge, l'année dans laquelle nous sommes, le mois de cette année, le quantième de ce mois. Elle sait qu'elle est à Maison Blanche : mais elle ne peut dire si c'est un Asile.

Sa mémoire, est presque intacte. Elle ne commet des erreurs assez graves que pour les dates. Par exemple elle ne se souvien

pas de la date exacte de son ictus. Elle dit qu'il a eu lieu en 1904 alors qu'il remonte à plus de 4 ans. Les chiffres qu'elle nous avait donnés sur l'âge de ses enfants étaient tous erronés ; l'ordre dans lequel ils étaient nés et les différences d'âge en années étaient à peu près exactes ; ce qui était faux, c'était l'âge même de chaque enfant, cet âge étant en retard pour chaque enfant de 4 ou 5 années ; cette amnésie des dates semble remonter à 4 ans environ et la malade paraît nous donner les dates qu'elle avait localisées avant son attaque apoplectique.

L'attention volontaire se fixe encore assez bien, sauf pour la précision des points que nous venons d'énumérer.

Cet abaissement partiel du niveau intellectuel cadre assez bien avec les idées délirantes de persécution plus ou moins systématisées de la malade.

Elle se plaint surtout *qu'on l'insulte*. Tout d'abord, c'était une femme, qui travaillait dans la maison où elle habitait rue Saint-P..., n° 8. Elle remarque que cette femme l'épie, observe ses moindres mouvements. Puis cette femme qu'elle ne connaissait pas autrement, lui dit les *grossièretés* les plus énormes : « putain, vache, saloperie ; tu travailles la nuit et tu dors le jour ; tu reçois des tas d'hommes ; va donc dans tes hôtels faire des passes ». Elle serait même allée jusqu'à lui faire des menaces ; elle lui aurait montré le poing.

Cette femme, pour lui faire des misères, s'est entendue avec une voisine de la malade. Cette voisine recevait un de ses cousins. « Une nuit, raconte-t-elle, ils ont fait un feu d'enfer et ils ont failli m'asphyxier ; *je voyais le gaz* courir chez moi ; ça sifflait partout... c'était le gaz ». Comme elle rencontre ce cousin dans l'escalier, elle lui fait observer qu'ils avaient failli l'asphyxier ; il lui répond : « demain on recommencera et ce sera pire ». Ils lui envoient « de l'*électricité* à sa fenêtre : ils disent que c'est pour l'éclairer, elle et ses amoureux ».

Ils l'insultent à toute heure du jour, le matin, le soir : « quelquefois jusqu'à minuit, 2 heures du matin, ils étaient là.... ou bien le matin, dès le jour, ils étaient sur pieds ». Les voix venaient par la fenêtre, d'en bas et surtout d'en face.

Parfois ils se mettaient à répéter tout ce qu'elle faisait : « tiens, voilà qu'elle se couche ; tiens, elle se lève ; elle doit avoir quelqu'un avec elle ». Ils ont cherché à l'empoisonner et à la tuer : « je la tuerai, je la tuerai » entendait-elle.

Toutes ces injures et insultes « l'énervaient ». Alors elle ouvrait sa

fenêtre et leur disait : « je ne vous fais rien, laissez-moi tranquille ». Parfois, plus excitée, elle leur criait : « foutez-moi la paix ».

Elle s'est plainte au commissaire de police qui a fait surveiller sa maison. Et de chez elle, elle a bien entendu le sergent de ville dire à ses ennemis : « Taisez-vous, vous insultez une femme qui ne fait rien de mal. Taisez-vous, où je vous arrête ».

D'ailleurs, elle a déménagé, mais ils l'ont suivie. A la fin, elle les craignait tellement qu'elle ne sortait plus. Et puis leur nombre augmentait : ils étaient quatre, cinq et plus.

Ici encore, les infirmières, la surveillante lui font des misères et l'insultent ; elles sont poussées par ceux qui la tourmentaient chez elle « Au début ces gens là venaient ici, elle les a entendus ; il y en a même un qui a couché une nuit dans son quartier ».

Ils lui en veulent parce qu'elle est heureuse avec ses enfants et heureuse en amour (rappelons qu'elle a 71 ans). Ne devait-elle pas se marier en effet « avec un petit jeune homme » ? Il a quarante ans (?), il l'a demandée en mariage et ici « elle s'ennuie un peu de lui » ; elle chuchote seulement ces dernières paroles.

Ces *idées de mariage*, qui paraissent accompagnées d'idées érotiques, sont très prononcées : elle en parle souvent avec ses compagnes. Elle paraît avoir des hallucinations génitales.

Elle a encore de l'exagération des sentiments religieux, cela par intervalles seulement, intervalles dans lesquelles elle s'adonne à des prières ridicules.

A l'asile, la malade est ordinairement calme ; elle n'est pas turbulente la nuit et ne présente pas de troubles de l'émotivité.

Les autres organes paraissent normaux.

L'examen des urines, plusieurs fois pratiqué, a toujours été négatif.

Les artères sont athéromateuses.

Observation XII

(personnelle)

Hémiparésie gauche. Affaiblissement des facultés mentales. Amnésie antérograde. Idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe. Agitation. Tremblements du bras droit.

Mme Cli..., âgée de 74 ans, sans profession, entre à l'asile de Maison Blanche le 10 avril 1905. D'après les renseignements des cer-

tificats médicaux antérieurs, la malade vient de Villers-Cotterets. Voici le certificat du Dr Magnan : « affaiblissement des facultés mentales avec hallucinations et idées de persécution; on l'injurie, on prétend qu'elle se conduit mal. Turbulence, insomnie. *Faiblesse musculaire plus accusée à gauche.* Tremblement du bras droit. Dureté de l'ouïe ».

Les renseignements que la malade nous a fournis sur ses antécédents héréditaires et personnels, ne sont pas dépourvus de toute valeur; en effet si notre malade présente une amnésie antérograde totale elle a une amnésie rétrograde seulement partielle, sauf cependant pour les dates, qu'elle a totalement oubliées.

A. H. — Il ne paraît y avoir eu ni maladies nerveuses, ni maladies mentales, soit du côté des parents, soit du côté des frères et des sœurs de la malade. Parmi ceux-ci, trois sont morts en bas âge et cinq sont bien portants. Elle était la dernière de 9 enfants.

A. P. — Dans sa jeunesse, elle était fort chétive et ce n'est que difficilement qu'on a réussi à l'élever. Elle a été réglée à 16 ans.

A ce moment elle nous raconte avec de nombreux détails qui semblent précis, les événements de sa vie qui se ont déroulés de 1854 à 1864 environ. En 1854 (c'est nous qui avons retrouvé ces dates) elle avait alors 23 ans ; elle habitait le département de la Manche, près de Cherbourg; elle a connu alors un jeune homme dont elle a eu une fille. Puis ce jeune homme a dû partir à Toulon pour y faire son service militaire. Il est devenu caporal ; elle le revoyait de temps en temps. Elle serait même allée le voir là-bas et le sergent-major de la compagnie de son amant aurait tenté de la séduire. Elle narre avec clarté comment les faits se sont passés, les circonstances dans lesquelles elle se trouvait, les luttes qui se passèrent dans son esprit : si elle accordait ses faveurs à ce sergent-major, c'était l'avancement pour le père de sa fille; si elle résistait, c'étaient au contraire pour lui la colère et la haine du chef. Devant cet état de choses, elle a tout dit à son amant qui a refusé de la livrer à ce vil supérieur.

Elle serait revenue dans la Manche, à Romainville, où elle aurait épousé un terrassier, buveur et débauché, qui la frappait et qu'elle a abandonné. Elle avait alors 29 ans.

Cette conservation et cette reproduction des souvenirs que nous venons de relater, contraste avec la disparition de tous les événements de sa vie postérieure à 1864. Elle ne peut rien nous dire en dehors de ce qu'elle vient de raconter. Nous ne pouvons pas savoir ce qu'est devenue sa fille. Elle nous dit que son amant qui était caporal a été

nommé capitaine adjudant-major (?). Elle ne sait pas qu'elle est allée à Villers-Cotterets. Elle ignore le lieu où elle est, le jour, le mois, l'année. Elle dit qu'on ne lui a pas mis un cataplasme sinapisé hier soir et elle en porte encore les traces. Cette *désorientation* et cette *amnésie antérograde totale* s'accompagne d'une *perte* parallèle de *l'attention*. Celle-ci ne se fixe que sur les faits dont nous avons déjà parlé et à propos de ses *idées de persécution* et de ses *hallucinations auditives*.

Ce sont les personnes qui sont autour d'elle qui lui en veulent et qui lui disent des injures ; ce sont ses voisines et les infirmières.

Ces grossièretés, ces insultes sont toujours les mêmes. On la traite de « salope, cochonne. » « Ah ! Monsieur, elles me disent que je ne suis bonne qu'à me soûler et à faire la putain ! » et encore : « tu te soûlais chez ta fille... Quel malheur ! moi qui ai tant fait pour elle ! » Elle ajoute que si elle était plus jeune, elle se vengerait. Elle nous demande pardon de leur répondre ; mais elle ne leur dit pas de mensonges, elle leur dit : « moi, on n'a pas besoin de me nettoyer, car je ne fais pas mes ordures au lit. » La malade en effet ne gâte pas.

On l'accuse aussi d'avoir assassiné le maire de Romainville, M. Cousinet. Elle s'en défend énergiquement : « ce sont des faussetés. »

La malade présente parfois des illusions. Ainsi une malade vient à parler : elle nous regarde et nous dit : « vous avez entendu ?... elle se soûle. »

A cause de ces accusations et de ces insultes lancées contre elle, elle est relativement agitée : elle crie, elle parle, tant le jour que la nuit. Elle nous supplie de faire cesser ces paroles mensongères.

— L'examen physique permet de constater une *hémiparésie gauche*. La malade dit elle-même qu'elle est plus faible du côté gauche et l'étude de la force musculaire des membres gauches montre que cette force est notablement diminuée, par rapport à la force musculaire du côté droit.

Le visage n'est pas asymétrique ; la langue n'est pas déviée à gauche. La démarche se fait à petits pas.

Les réflexes rotuliens, à droite et à gauche, sont exagérés ; il n'y a pas de clonus. Les réflexes cutanés plantaires sont abolis à droite et à gauche. Les réflexes des membres supérieurs sont faibles. Le réflexe massétérin est fort.

La sensibilité objective est la même des deux côtés ; la malade ressent des douleurs vagues dans le bras gauche.

Le bras droit, au repos, est animé de tremblements légers et nombreux. Dans les mouvements, ces tremblements disparaissent.

La malade est très amaigrie. Elle présente de plus des râles sous-crépitants en arrière, dans l'hémithorax gauche et surtout dans la moitié inférieure. Les artères sont rigides.

Il n'y a pas d'éléments anormaux dans les urines.

Observation XIII
(personnelle)

Hémiparésie droite. Affaiblissement des facultés mentales, amnésies rétrograde et surtout antérograde, diminution de l'attention. Idées de persécution, idées de culpabilité, idées mystiques. Hallucinations de la vue, de l'ouïe et la sensibilité générale.

Mme Les..., âgée de 77 ans, lingère, entre à l'Asile de Maison Blanche le 10 mars 1905. La malade n'ayant pas de visites, nous n'avons de renseignements que ceux qui nous sont fournis par les certificats médicaux et par la malade elle-même.

Voici le certificat immédiat du Dr Magnan: « affaiblissement des facultés mentales avec hallucinations, préoccupations mystiques et idées de persécution, turbulence passagère. Faiblesse musculaire plus accusée à droite. » Lamnésie rétrograde n'est pas totale, on peut donc relater une partie des renseignements qu'elle nous donne sur ses antécédents héréditaires et personnels.

A. H. — Son père est mort « âgé »: elle ne peut dire exactement le nombre d'années qu'il avait. Elle dit bien spontanément au contraire que sa mère est morte à 86 ans et qu'elle a eu 4 enfants, 3 filles et un garçon. Les 2 premiers enfants sont morts en bas âge. Le *troisième*, qui était le garçon a eu une « *paralysie de la langue* » et a été placé a Bicêtre; elle ne sait à quel âge; elle sait toutefois que c'était un homme d'une violence extrême. La malade était le dernier enfant.

A. P. — La malade aurait eu la rougeole et des accès de fièvres intermittentes. Elle a été réglée assez tard (?). Elle est venue à Paris à l'âge de 26 ans. Elle n'a jamais été mariée légalement, mais elle a vécu pendant un certain nombre d'années avec un tailleur. Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle donne quelques détails sur la vie qu'elle menait avec ce tailleur; elle était bien heureuse ; ils s'entendaient bien et ils devaient se marier, mais au dernier moment il l'a trompée.

On s'aperçoit qu'il y a là quelques souvenirs précis et que ces faits anciens sont assez nettement conservés.

En revanche la malade ne peut rien nous dire sur les derniers

événements de sa vie. Elle déclare bien qu'elle « restait chez sa nièce rue Phalempin, 19 » mais elle ne peut dire à quelle époque elle y a habité, ni quelle maladie elle a faite : « Je ne sais pas..., je ne sais pas... » répond-elle aux questions posées.

La malade ne sait plus aucune date : il n'y en a qu'une quelle n'a pas oublié, c'est l'année de sa naissance, le 27 juin 1827, qu'elle fait immédiatement suivre du nom de la commune et du nom du département.

L'attention volontaire est difficile à fixer ; quand on l'interroge, il faut insister, élever la voix pour avoir une réponse.

Elle est désorientée. D. — Où êtes vous ici ? R. — Au Vésinet..., non à Maison Blanche, commune de Vaugirard (?) D. — En quelle année sommes-nous ? R. — en 1908 ou 1909. Elle ignore le mois et le jour.

Outre ces altérations de la conscience, de l'attention et de la mémoire, la malade présente des idées de persécution et des idées mélancoliques et religieuses.

Ses idées de *persécution* sont vagues ; ce sont ses voisines (elle ne peut dire lesquelles) qui lui en voulaient ; elles lui faisaient une foule de méchancetés et lui disaient toutes espèces de grossièretés. Elle ne précise pas davantage. Ici personne ne lui en veut et « elle n'a pas de misères ». Par instants cependant, nous dit la surveillante, elle voit des ennemis partout et elle croit que tous ceux qui l'approchent vont la maltraiter.

Ses idées *mélancoliques* sont caractérisées par des idées de culpabilité. Elles ne sont pas non plus très accusées ; la malade gémit et dit qu'elle n'aurait pas dû se conduire de la sorte... « Dieu m'a pardonné, je crois ! ».

Ses idées délirantes *mystiques* sont celles qui sont les plus marquées. « Toute la journée, je pense au bon Dieu », nous dit-elle. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le bon Dieu lui parle ; il lui dit : « il te sera pardonné ». Il lui apparaît : « il a les pieds attachés et les bras tendus..., c'est pour nous faire voir qu'il nous attend..., il veut nous sauver » Elle nous promet de prier pour nous et elle nous affirme que nous irons au Paradis. « Et vous, lui dit-on ? » — Elle ne sait pas, elle a commis une si grosse faute !...

Il faut ajouter encore qu'elle a des troubles de la sensibilité générale ; elle se plaint parfois que « des bêtes viennent la manger » ; il nous a été impossible de savoir quels étaient ces animaux.

Malgré ces idées délirantes, elle est assez calme ; la nuit, elle dort bien ; dans la journée elle est plutôt sombre.

— L'hémiparésie de la malade est caractérisée par de l'asymétrie faciale et de la faiblesse musculaire du côté droit.

La commissure droite est abaissée ; le sillon naso-labial droit est moins accusé que le gauche ; la joue droite est flasque. Dans le rire, l'asymétrie est plus marquée encore.

La langue n'est pas déviée à droite.

La force musculaire est diminuée dans les membres droits : la démarche se fait à petits pas.

Le réflexe rotulien est plus fort à droite : il s'accompagne d'un réflexe contro-latéral des adducteurs. Le réflexe cutané plantaire est négatif : les orteils restent immobiles. Aux membres supérieurs, les réflexes sont sensiblement normaux ; le réflexe massétérin est faible.

Il n'y a pas de troubles du sens des attitudes ni du sens stéréognostique.

La sensibilité est normale.

Les artères sont athéromateuses.

Les urines ne présentent pas d'éléments anormaux.

Observation XIV
(personnelle)

Hémiparésie droite. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Amnésie antérograde. Amnésie rétrograde non totale. Perte de l'attention volontaire. Adipose douloureuse.

Madame Hous..., âgée de 74 ans, couturière, entre à l'Asile de Maison Blanche, le 16 novembre 1903.

Nous n'avons aucun renseignement sur la malade : elle n'a jamais eu de visites. L'état de son intellect ne nous permet guère de nous renseigner bien exactement sur son passé. D'après les certificats qui accompagnent son dossier, nous voyons qu'elle a séjourné à l'hôpital Bichat. Voici le certificat immédiat du Dr Magnan : « affaiblissement des facultés mentales avec turbulence ; propos incohérents ; étourdissements ; *faiblesse musculaire plus accusée à droite* » (14 nov. 1903).

Nous l'examinons le 13 avril 1905.

L'hémiparésie droite existe encore, quoique à un faible degré. Il n'y a pas d'asymétrie faciale, mais la force musculaire est diminuée dans les membres droits.

D'une façon générale, tous les réflexes sont forts, sinon exagérés,

tant aux deux membres inférieurs qu'aux deux membres supérieurs. Seul le réflexe massétérin est faible.

La sensibilité paraît être la même des deux côtés ; la malade a des douleurs spontanées dans les bras, dans les cuisses et dans les lombes.

Les pupilles sont punctiformes, mais elles ont conservé tous leurs réflexes. Aux deux yeux existe un gérontoxon.

Il n'y a pas de troubles des sphincters.

Les membres supérieurs et inférieurs, surtout les membres supérieurs, présentent, dans leur segment rhizhomélique, un développement énorme du tissu adipeux.

Aux membres inférieurs, la jambe, comme la cuisse, est l'objet de la même hyperplasie graisseuse. Les pieds et les mains sont respectés.. Cette adipose, d'autre part, est douloureuse. La malade pèse 80 kilos.

Au point de vue mental, notre hémiparésique présente surtout de l'affaiblissement des facultés psychiques.

Elle dit bien son nom et après l'avoir dit, sans qu'elle soit priée de le faire, elle l'épelle, exactement d'ailleurs. Elle dit sa profession : elle était cusinière. Elle ne sait pas qu'elle âge elle a : « je pense que j'ai 60 ans ». Nous lui disons qu'elle à 74 ans ; elle dit : « Non, j'ai 60 ans.., peut-être moins ». Elle ajoute cela, sans grande conviction.

Voici quelques-unes de ses réponses.

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — Je ne sais pas... je ne sais pas...

D. — En quel mois sommes-nous ?

R. — Le mois de Juillet... le mois de Janvier est passé.... je ne sais pas trop... c'est ma mère qui s'occupe de cela.

— Quel jour sommes-nous aujourd'hui ?

— C'est Dimanche (erreur).

La malade ne sait pas où elle est ou plutôt elle dit qu'elle est à Batignolles (c'est vraisemblablement, d'après la suite, l'endroit où elle est née).

La mémoire est aussi atteinte que la conscience.

La mémoire est profondément altérée, mais il en existe encore quelques lambeaux ; la malade a des souvenirs parcellaires du passé. Ce passé lui semble même peu éloigné ; c'est lui qu'elle vit ou plutôt qu'elle vient de vivre, ce n'est pas autrefois, mais hier. — Ainsi elle nous dit (?) que sa mère qui a 80 ans, d'après elle, n'est pas morte et elle associe spontanément à l'idée de sa mère l'idée suivante : « je me disputais souvent avec ma mère » et c'est tout ce que l'on

peut savoir. — Nous lui parlons de son mari et nous lui demandons quelle profession il faisait ? Elle répond : « garçon de café..., il est mort d'un chaud et froid ». C'est en vain qu'on tente d'en savoir davantage. — Elle nous dit qu'elle a eu trois enfants, deux garçons et une fille. « Quel âge ont-ils », lui demande-t-on ? Elle répond que le premier a 20 ans, le second 18, et le troisième 15 ans. Ces chiffres, étant donné l'âge de la malade, ne peuvent être exacts ; c'est le souvenir qu'elle en a, qui lui fait dire ces âges. — Elle nous apprend, encore, au cours de l'interrogatoire, que, « étant jeune, elle avait des migraines » et que, « autrefois, elle a eu des étourdissements ».

L'attention ne peut être fixée. Quand elle rappelle un fait passé, c'est moins parce qu'elle a fixé sur lui son attention que parce qu'il s'est fait dans son esprit une association d'idées en quelque sorte spontanée.

La malade n'a pas d'idées délirantes. Elle est calme et docile.

Les autres appareils sont normaux.

Les urines notamment ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Observation XV

(personnelle)

Hémiplégie droite. Ictus apoplectiforme. Affaiblissement intellectuel léger. Hallucinations unilatérales de l'ouïe et de la vue. Appoint éthylique. Syphilis. Signe d'Argyll. Abolition des réflexes. Douleurs lancinantes. Quelques troubles sphinctériens.

Mme Gob..., brodeuse, âgée de 48 ans, entre à l'Asile de Maison Blanche le 11 mai 1905.

A. H. — Elle n'a pas connu son père. Sa mère est bien portante, elle a eu 4 enfants, dont 1 est mort de tuberculose à 21 ans.

A. P. — Elle n'a eu aucune maladie dans sa jeunesse. Elle a été réglée à 15 ans et s'est mariée à 18 ans : elle a eu 3 enfants, le 1er est mort-né (accouchement difficile) ; le second est bien portant ; le 3e est mort au bout de 15 jours. La malade n'a pas pu s'entendre avec son mari ; elle l'a quitté en 1880, époque à laquelle elle est venue à Paris. Là, elle s'est livrée à toutes sortes de métiers : brodeuse, mécanicienne, ouvrière en sacs, bonne chez un marchand de vins etc. Elle s'est mariée de nouveau et elle paraît avoir eu des « *syphilides génitales* ». Elle a eu la scarlatine à 22 ans.

Elle serait malade depuis 1903, époque à laquelle elle a eu un *ictus apoplectiforme* ; elle est restée deux jours sans connaissance.

Quand elle a repris connaissance, elle ne pouvait pas parler et elle était paralysée du côté droit ; la figure était paralysée aussi à droite. Peu à peu elle a retrouvé le langage et la motilité : au bout de deux mois, il ne restait qu'un peu de faiblesse à droite.

Elle a été placée à Nanterre où elle n'a pu rester à cause de sa turbulence (certificat du Dr Legras).

La malade est partiellement désorientée. Elle dit l'année, le jour exactement ; pour le mois, elle dit avril ou mai : « elle n'est pas sûre ». Elle ne sait pas au juste où elle est ; elle dit qu'elle était auparavant à Nanterre. Son attention est facilement distraite, il faut insister pour qu'elle réponde ; elle dit même « qu'elle ne cherche pas parce que cela lui fait mal dans la tête. »

La mémoire paraît peu altérée. Quand on fixe son attention, elle arrive à préciser ce qu'on lui demande. Elle commet quelquefois des erreurs sur les dates. Elle ajoute elle-même que sa mémoire baisse.

Elle dit que sa fille lui a fait des misères et lui a volé son argent (?).

Elle a des bourdonnements dans l'oreille droite et des *hallucinations de l'ouïe de ce seul côté droit*. On lui demande si en ce moment quelqu'un lui parle. Elle écoute et elle entend : « de qui parles-tu... je suis... » Puis elle ajoute « ça ne cause plus, ça cogne, ça fait tra la la la la... » La voix reprend : « écoutez donc, de... de... de... de... de... Voilà ta fille... je suis très... très... très... très... » Parfois on lui dit « Michel... Michel... Michel... le nom de mon mari... ou Maria, Maria, Maria, le nom de ma fille. »

Elle dit qu'elle *voit* aussi *des hommes du côté droit* : « ils marchent à droite et un peu en arrière ; et ils lui causent.... ils lui parlent ». Parfois elle leur répond et elle a ainsi de véritables conversations avec eux. Si elle se retourne, elle voit qu'ils ne sont pas là. Elle sait bien maintenant qu'il n'y a personne en réalité près d'elle, elle ajoute : « je ne puis pas comprendre que je suis comme cela ».

La nuit elle a des cauchemars : elle a d'ailleurs fait autrefois quelques *excès de boisson*. Elle voit des animaux, surtout un lion ou des bêtes qui courent sur elle : des serpents, des singes...

La malade dit que quelquefois elle est triste et qu'elle a des idées de suicide.

L'hémiplégie droite est caractérisée par de la faiblesse musculaire des membres droits et par de l'asymétrie faciale. Le sillon naso-labial

droit a disparu. Le sourcil est abaissé et il cache la paupière supérieure : il n'y a rien de tel à gauche. Les yeux sont bien fermés isolément. La langue n'est pas déviée à droite, mais elle présente des tremblements fibrillaires.

Les *réflexes rotuliens* et *achilléens* sont *abolis*. Le réflexe cutané plantaire est indifférent des deux côtés. Aux membres supérieurs, les réflexes sont normaux.

La marche est normale ; il n'y a pas de signe de Romberg.

La malade ressent des *douleurs lancinantes* dans tous les membres, mais surtout du côté droit. Elles ont débuté il y a environ deux ans.

La sensibilité objective n'est point retardée : la malade confond parfois la piqûre et le pincement.

Du côté des yeux, on note des troubles variés ; à gauche, elle a eu autrefois des « éclairs » ; à droite, elle avait « comme des étoiles, rouges, noires, bleues » ; elle n'a plus rien de tout cela aujourd'hui. Par intervalles elle voit *double*.

Les *pupilles* sont *punctiformes* et elles *ne réagissent pas à la lumière* ; elles réagissent à l'accommodation.

Le sens musculaire est légèrement altéré aux extrémités inférieures : elle se trompe, une fois sur trois environ, sur l'attitude de ses doigts. Souvent la malade perd sa jambe droite dans son lit et jamais sa jambe gauche.

Le sens stéréognostique est normal

La malade présente quelques *troubles vésicaux* : l'urine s'échappe parfois malgré elle.

Les autres appareils sont normaux : il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Observation XVI

(personnelle)

Hémiplégie droite infantile. Idiotie. Excitation. Colères violentes. Hérédité.

Mlle Jurq... âgée de 49 ans, entre à l'Asile de Maison Blanche, le 31 mars 1903. Le certificat du Dr Magnan du 14 mars porte : « idiotie avec hémiplégie infantile ». Deux nièces de la malade nous donnent quelques renseignements sur ses antécédents.

A. P. — Sa *mère* est morte à 74 ans, *paralysée du côté droit*. Son père est mort à 76 ans d'une affection cardiaque. Il y a eu dans la famille

6 enfants, 4 filles et 2 garçons. L'aînée est une fille morte d'une affection cardiaque à 66 ans. Le *second* était un garçon : il est resté *célibataire*, il est mort vers l'âge de 40 ans, à la suite de *débauches* innommables. Le 3e qui était un garçon, est mort vers 40 ans d'un néoplasme du pylore. La deuxième fille est morte en bas âge. La troisième est la malade. La dernière enfin est morte du croup à 6 ans Un *oncle maternel* de la malade était atteinte d'*idiotie*.

A. P. — La malade est née à terme ; à *trois mois* elle a eu des *convulsions*, qui ont laissé, après elles, une *hémiplégie droite*. Elle n'a pu marcher qu'à l'âge de 4 ans. De temps à autre, elle avait des attaques épileptiformes localisées au côté malade ; elle sentait bien sa crise venir. Son intelligence ne s'est pas développée. Elle n'est d'ailleurs jamais allée à l'école Elle était très émotive ; elle pleurait souvent et se mettait très facilement en colère. Malgré cela, elle est restée au sein de sa famille. Ce n'est que depuis 4 ou 5 ans que ses colères, sont de plus en plus violentes et de plus en plus fréquentes. Elles prennent naissance à propos des faits les plus banals.

Déplaçait-on un meuble dans la maison ? la pendule venait-elle à s'arrêter ? Alors elle pleurait, elle criait, elle cassait les carreaux, frappait les portes, déchirait des rideaux ou ses vêtements et se mettait à les manger... C'est à la suite de ces modifications du caractère qu'elle a été internée.

Nous l'examinons le 28 mars 1905.

— L'hémiplégie infantile est caractérisée à la face par l'abaissement de la commissure droite, par l'absence de rides au niveau de cette commissure, rides qui sont au contraire très marqués du côté gauche. Le sillon naso-labial droit est un peu moins accusé, surtout en bas. Les rides du front sont semblables à droite et à gauche. La langue est déviée du côté paralysé.

Il est impossible de voir le degré de la force musculaire des membres, étant donné que la malade ne comprend pas ce qu'on lui dit.

Le membre droit est atrophié. La mensuration du bras droit à 14 cm. de l'olécrâne donne 21 cm. à droite et 23 à gauche. La mensuration de l'avant-bras donne 17 cm. à droite et 20 à gauche. Au coude, l'articulation radio-cubitale est immobilisée de telle sorte que la face antérieure de l'avant-bras repose sur le lit et que la main est en pronation. — La main droite est atrophiée : les premières phalanges sont en flexion, les deux dernières en extension. Les ongles sont à peine développés. La main est un peu succulente : la peau est fine et rosée. Il n'y a ni athétose, ni tremblements.

Aux membres inférieurs, il n'y a pas de différences notables dans le développement des masses musculaires. La malade marche en fauchant; le membre inférieur droit est dans l'extension et le membre supérieur droit dans la demi-flexion. Le pied droit frotte à chaque pas sur le sol et surtout par son bord externe.

Le réflexe rotulien droit est exagéré ; il n'y a presque pas de clonus. Le signe de Babinski est très net, du côté droit. Les réflexes abdominaux sont faibles, des deux côtés. Au membre supérieur droit, les réflexes sont exagérés. Le réflexe massétérin est fort. Les sphincters sont normaux.

— Les facultés intellectuelles de la malade sont tout à fait rudimentaires. Elle n'exécute que quelques ordres et les plus simples : « tirez la langue ; allez jusqu'au fond de la salle ; donnez-moi la main ; asseyez-vous ». Elle ne nomme que quelques objets : clef, chapeau, montre, verre, épingle... Toujours, elle a sur les lèvres le mot « une chemise... une chemise », ou bien la phrase : « je voudrais une chemise..., je voudrais une chemise ».

D'autres fois, elle laisse cette phrase pour quelque temps et dit alors constamment : « de la pommade à Maï (pour Marie) ». Par instants, elle parle seule et répète un grand nombre de fois que « son frère est un salop, il a foutu des coups à sa mère. » C'est tout ce que l'on peut savoir.

Elle est toujours violente : elle aime à taper les portes ; elle les frappe jusqu'à ce que l'on vienne. Elle déchire tous ses vêtements. Elle ne frappe jamais ses compagnes.

Quand ses nièces viennent la voir, ce qui l'intéresse surtout, ce sont les friandises qu'on lui apporte.

Dans la journée, elle va et vient sans cesse. Elle est bien rarement assise. Elle va d'une malade à une autre en répétant « une chemise » ou « de la pommade à Maï ». Quelquefois, elle chante, sur un air, toujours le même, des paroles incompréhensibles. On lui demande de chanter, mais elle ne veut pas et se cache la tête sous ses draps.

Les autres appareils sont normaux.

Observation XVII
(personnelle)

Hémiplégie gauche avec contractures. Ictus épileptiformes. Affaiblissement des facultés mentales ; conservation partielle de la conscience et de la mémoire. Signe d'Argyll-Robertson.

Nécropsie. Paralysie générale : prédominance des lésions au niveau du lobule paracentral droit et du tiers supérieur de la région rolandique droite.

Madame Mer..., 37 ans, entre à l'Asile de Maison Blanche, le 24 janvier 1904.

Les renseignements héréditaires et personnels de la malade nous ont été fournis par le mari.

A. H. — Le *père* de la malade s'est *pendu* à l'âge de 77 ans. A noter qu'il était dans sa 56me année quand la malade est née.

La mère vit et a 68 ans. Elle a mis au monde 9 enfants : trois garçons et six filles. Deux sont morts en bas âge : les autres sont vivants et bien portants.

A. P. — Née à terme, la malade n'a rien présenté de particulier dans les premières années de sa jeunesse. Sa santé a toujours été bonne, malgré des excès de travail.

Elle a été réglée tard, à 17 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses-couches.

On ne relève ni éthylisme ni surmenage physique ou intellectuel, durant le laps de temps qu'elle a vécu avec son mari.

Le *mari* a présenté un *chancre* syphilitique, deux ans avant son mariage.

La malade est ici depuis le 24 janvier 1904. Le *début* de son affection remonte environ au mois de janvier 1903. Ce sont d'abord des *modifications du caractère* qui furent remarquées par l'entourage.

La malade devenait « acariâtre, énervée ». Elle pleurait fréquemment, se plaignait de ne plus voir clair. Elle avait des accès de jalousie non motivés. Elle nourrissait des idées noires ; elle disait à une de ses amies : « si je n'avais pas peur de laisser seul mon mari, je me jetterais par la fenêtre ».

A cette même époque, elle demande à son mari de déménager, de changer de quartier, disant qu'elle s'ennuie là où elle habite. A peine rendue dans son nouvel appartement, elle éprouve la même tristesse et elle prie son mari de chercher à retourner là où ils étaient avant.

En mars ou avril 1903, des symptômes nouveaux apparaissent. La malade a des faiblesses dans les jambes. Elle ressemble parfois à un homme ivre. Quand elle franchit une porte, elle se frappe à l'un ou à l'autre côté de cette porte.

D'autre part, elle ce livre à des *achats inutiles*. Autrefois elle prenait toujours conseil de son mari : maintenant elle ne le prévient même pas. Dans un voyage qu'elle fait chez sa mère, elle ressent le besoin de garnir sa malle de boîtes de conserves les plus variées. Sa mère fut aussi étonnée que son mari.

Quand elle possède quelque argent, elle le gaspille et ne sait dire ce qu'il est devenu. Un jour, elle va au Bon Marché avec 50 francs pour acheter une robe. En cours de route, elle achète un chapeau et ne le paie pas. La robe qu'elle achète, elle ne la paie pas davantage, et malgré cela elle revient sans argent.

Son mari se voit obligé de lui supprimer tout argent. Alors la nuit, elle se lève pour le voler : interrogée, elle ignore ce qu'elle en fera.

Elle néglige sa toilette. Elle oublie de préparer le dîner. Si elle le prépare, elle le laisse brûler.

En tramway, elle perd sa correspondance, se dispute avec les conducteurs. Un jour, elle est partie dans la banlieue, au lieu de rentrer chez elle.

Arrivée à l'Asile en janvier 1904, la malade y présente des *attaques épileptiformes*; d'abord généralisées, ces attaques s'accompagnent d'excitation marquée.

Depuis octobre 1904, ces *attaques* se sont *localisées au côté gauche*. Dans ces attaques, *la malade ne perd pas connaissance*. Elle a le temps de s'asseoir, elle parle et dit ce qu'elle éprouve : « j'ai mon tremblement, je ne peux pas me retenir. » Le 26 janvier 1905, nous avons assisté à une crise épileptiforme des membres supérieur et inférieur gauches. La malade était assise et causait. La face était déviée légèrement à droite les yeux regardaient en haut et à droite.

Il n'y avait pas de perte de connaissance ; la malade répondait aux questions qu'on lui adressait.

Dans l'après-midi, elle raconte à son mari que nous l'avons vue le matin, au moment de sa crise et que nous lui avons parlé.

— Etat actuel (6 mars 1902). — La malade dit être âgée de 32 ans (erreur).

Elle ne peut dire en quelle année elle est née. « Je ne sais pas. »

Elle ne sait pas en quelle année nous sommes. « C'est peut-être bien le mois de mars. » Elle rit.

Elle dit bien son nom, Appoline Mer.... Elle fait remarquer que son mari disait : « Poline..... pour aller plus vite. »

Elle sait que l'Asile s'appelle Maison Blanche. Elle ne sait pas depuis combien de temps elle y est. Quand on lui dit qu'elle est là depuis plus d'un an, elle répond que cela se peut bien.

Elle ne sait pas pourquoi elle est entrée ici. Elle dit cependant qu'elle était malade chez elle. Elle ne peut pas préciser ce qu'elle a eu ; elle parle « de faiblesse dans l'estomac ; mais elle n'a jamais été aussi malade que depuis qu'elle est ici. »

Elle ignore depuis combien de temps elle est mariée. Elle croit que cela fait 10 ans : « elle avait 20 ans et elle en a 32. » — « Combien cela fait-il ? lui dit-on. — Elle ne sait pas ». « Quel âge avait votre père, lorsque vous êtes née ? » — Elle ne sait pas non plus.

Elle ne se souvient pas des discussions qu'elle a eues avec les conducteurs de tramway. Elle ne se rappelle pas être partie dans la banlieue au lieu de rentrer chez elle.

Elle dit, ce qui est exact, qu'elle habitait, à Paris, rue de la Tombe-Issoire, n° 81. Son mari exerce la profession de tailleur depuis 13 ans (exact).

Comme on l'interroge sur un gigot qu'elle a laissé brûler, elle se souvient que, une quinzaine de jours avant de venir à l'Asile, elle a oublié un gigot dans le four de sa cuisinière. Elle ajoute que, vu qu'il n'était pas possible de le manger, elle l'a préparé le lendemain à une sauce piquante. Elle rit.

Elle se souvient que, le matin du jour où nous l'examinons, elle a vu le docteur et qu'il lui a regardé et examiné la main. Elle dit aussi que le médecin l'a priée de lui serrer la main et que, après, elle a lâché difficilement cette main.

La malade répond avec tranquillité aux diverses questions qu'on lui pose. Elle rit de temps à autre. Malgré cela la conversation l'intéresse peu. Elle ferme les yeux et paraît s'endormir.

Nous avons vu plus haut que la malade était *capable de narrer un fait récent*, en précisant même quelques détails. Elle sait bien encore, qu'elle a des mouvements dans le côté gauche. Elle imite avec son bras les mouvements qu'elle fait à ce moment là. Elle sait qu'elle ne perd pas connaissance.

L'affectivité n'est pas abolie. « Quand mon mari vient, dit-elle, je « suis contente. Je voudrais partir avec lui. Il vient tous les jeudis. « Il arrive à midi 1/2 et repart seulement à 3 heures. Il m'apporte beau« coup de choses, gâteaux, oranges etc. »

Un camarade de son mari est venu la voir. Elle le reconnaît bien, paraît joyeuse et lui demande des nouvelles de sa femme et de ses enfants.

A l'Asile, la malade est calme, docile et n'a pas de réactions automatiques impulsives.

Elle mange bien. Elle ne se plaint de personne. Elle n'a pas d'idées de grandeur.

La malade est allée très peu de temps à l'école. Voici les résultats de l'examen de la lecture, du calcul et de l'écriture.

Au lieu de lire : Maison Blanche qu'on lui indique, elle lit « Maison » puis elle attend et dit « Berchère ». Elle ne peut lire « République Française. »

Dans la conversation lente, il y a assez peu d'achoppements. Les mots d'épreuve sont fortement écorchés ; elle dit : « consti, ti. Ah ! je ne peux pas le dire ! »

Elle dit qu'elle ne sait pas écrire. Puis elle dit savoir écrire son nom. Au lieu de Appoline Mer..., elle écrit « Apopoloni Mer... ». Au lieu de Monsieur qu'on veut lui faire écrire, elle écrit « Meuse ». Cette écriture est tremblée.

Voici ce que révèle le calcul :

$$4 \times 4 = 12 ; 2 + 2 = 4 ; 4 + 4 = 8 ;$$

$4 + 5 =$... longues réflexions, dit ne pas savoir. On lui dit : » Combien font quatre sous plus cinq sous, elle réussit péniblement à trouver neuf.

— Au point de vue de la *motilité*, l'incoordination motrice est marquée par l'embarras de la parole, par l'écriture tremblée que nous venons de décrire, et par une *hémiplégie gauche spasmodique*. — Il n'y a pas de tremblements fibrillaires de la langue.

L'hémiplégie gauche spasmodique, est caractérisée par la diminution très nette de la force musculaire du côté gauche.

Le membre supérieur gauche est contracturé en demi-flexion et la jambe en extension. La malade « fauche » cependant peu en marchant.

Dans les mouvements volontaires le membre supérieur gauche présente de nombreux tremblements à moyenne amplitude.

A la face les rides sont plus marquées à droite qu'à gauche surtout dans le rire.

Les réflexes patellaires sont exagérés à gauche ; il n'y a que quelques secousses épileptoïdes. Les réflexes achilléens paraissent normaux. Il

y a parfois de l'extension de l'orteil à gauche. Le plus souvent l'orteil reste immobile.

Les réflexes abdominaux sont normaux.

Les réflexes des membres supérieurs sont exagérés à gauche; le réflexe massétérin est normal.

La sensibilité est normale.

La main est un peu succulente à gauche et un peu plus froide que la droite.

Du côté des yeux, nous notons les modifications suivantes. La pupille gauche est plus petite que la droite. Ni l'une ni l'autre ne sont déformées. La pupille ne réagit à la lumière ni à droite ni à gauche. Elle accommode bien des deux côtés.

L'œil droit est moins ouvert que le gauche.

L'état général est excellent. Il ne paraît pas y avoir de troubles viscéraux.

14 mars 1905. La malade est frappée vers 1 heure du matin d'un ictus épileptiforme.

Les convulsions cloniques sont localisées au côté gauche. Le bras est plus particulièrement agité. La face est tournée à droite, les yeux regardent en haut et à droite. La malade répond cependant aux questions posées.

La durée de la crise se prolonge. La conscience s'obscurcit peu à peu. Le coma s'établit. Alors les membres gauches ne présentent plus de mouvements convulsifs. Seule la joue gauche présente des contractions brusques au nombre de 4 à 5 par minute.

Du côté droit à ce moment, on note de temps à autre une flexion de l'avant-bras sur le bras; la malade paraît faire le geste de l'individu qui veut écarter un objet qui le gêne.

Les sphincters se sont relâchés. Les lèvres et les extrémités bleuissent.

La mort survient vers 4 heures du soir.

Nécropsie. — *Cavité thoracique.* — On trouve de la pleurésie sèche à gauche; le décollement du poumon est possible quoique difficile. Le poumon gauche pèse 480 gr., il n'offre pas de lésions macroscopiques; à droite, on note quelques adhérences seulement; le poumon droit, congestionné pèse 685 gr.

Le cœur pèse 390 gr. il n'y a pas d'adhérences du péricarde.

Cavité abdominale. — Ce qui frappe d'abord, ce sont les adhérences qui unissent le foie et le grand épiploon au péritoine pariétal.

Les adhérences de la face convexe du foie sont difficiles à rompre. Cet organe pèse 1.430 gr.

La rate n'a pas d'adhérences avec le péritoine pariétal et pèse 85 gr.

Il n'y a pas de fausses membranes sur l'intestin.

Le rein droit pèse 115 gr. et le gauche 155 gr. ; aucune lésion macroscopique.

Cerveau. — Les veines sont gorgées de sang. En décollant la grande faux du cerveau, on constate des adhérences avec la convexité des hémisphères. A droite et à gauche, on remarque un *œdème* d'aspect gélatineux.

Hémisphère gauche. — Sur son bord supérieur, au niveau du 1/3 moyen, on voit des granulations fibreuses particulièrement apparentes au niveau de la partie postérieure de ce 1/3 moyen. Au premier abord, ces granulations ressemblent à du pus. Elles sont de couleur blanc nacré et sont nettement dures.

D'autre part, on voit sur le bord supérieur une *dépression* admettant l'empreinte du médius. Elle est située à l'union du tiers moyen et du tiers antérieur du bord supérieur.

Hémisphère droit. — L'œdème est plus apparent de ce côté, surtout en arrière. On voit au niveau du tiers moyen une *dépression* siégeant à 7 centimètres de l'extrémité antérieure ; elle s'étend d'avant en arrière sur une longueur de 8 centimètres en suivant le bord supérieur de l'hémisphère ; elle est large de 2 centimètres.

La circonvolution paraît affaissée ainsi que le bord supérieur qui n'est pas émoussé. La partie la plus profonde (1 centim.) est à la partie moyenne.

— A un premier examen, les circonvolutions déprimées paraissent intactes, quoique diminuées de volume.

En écartant les deux hémisphères, on constate une adhérence limitée à une surface égale environ à une pièce de 50 centimes. Elle se trouve en face de la petite dépression de l'hémisphère gauche et au commencement de la grande dépression de l'hémisphère droit. Ce sont des adhérences de la pie-mère.

— Le cerveau est enlevé, en laissant le cervelet. L'hémisphère droit apparaît plus petit que le gauche.

Le cerveau pèse ainsi 1.130 gr. Le cerveau droit pèse 522 gr. et le gauche 608 gr., ce qui fait 85 gr. de plus pour le gauche.

— En enlevant la pie-mère, on constate sur l'*hémisphère gauche* des adhérences au niveau de la frontale ascendante (surtout dans le tiers

inférieur), de la troisième frontale (surtout dans le tiers antérieur), de la deuxième frontale (surtout dans le tiers antérieur), de la première frontale (dans toute son étendue).

Ces lésions sont surtout nettes au niveau de la dépression signalée ci-dessus et de la première frontale (faces externe et interne).

Sur l'*hémisphère droit*, les adhérences sont générales sur le lobe frontal ; en enlevant les méninges, on enlève en grande partie la substance cérébrale. *Les lésions prédominent tout particulièrement au niveau du lobule paracentral, ramolli ;* une fois les méninges enlevées, il apparaît comme une bouillie grisâtre. Les frontales et pariétales ascendantes sont amincies et atrophiées au niveau de la « dépression » (quart supérieur de la région rolandique).

Le lobe occipital, tout en présentant les mêmes lésions est moins touché.

Les adhérences sont également très prononcées sur le lobe pariétal.

Les *lésions* sont donc beaucoup *plus prononcées à droite*. Le cerveau gauche, par rapport au droit, s'est relativement bien laissé décortiquer. Par rapport au gauche, le cerveau droit paraît atrophié et ses circonvolutions, amincies, grêles en général.

A la coupe, la substance grise à gauche est atrophiée, amincie, d'aspect translucide.

L'examen microscopique n'a pas encore été fait.

Observation XVIII

Résumée (Calmeil) (1)

Fél..., âgé de 52 ans, *hémiplégie gauche* : affaiblissement intellectuel ; propos incohérents ; idées ambitieuses.

Nécropsie : vaste *ramollissement* de l'hémisphère droit.

Observation XIX

Résumée (Baillarger) (2)

H... âgée de 56 ans, *hémiplégie droite* : affaiblissement intellectuel ; idées ambitieuses et de satisfaction ; hallucinations ; excitation.

Nécropsie : Hémisphère gauche : on trouve dans le corps strié un

(1) Calmeil. — Tté des mal. inflam. du cerv. t. II, p. 279.
(2) Baillarger. — Arch. cliniq. des mal. ment. et nerv. 1861, t, I, p. 472.

foyer hémorrhagique ancien. Hémisphère droit : *hémorrhagie* récente dans la couche optique. — Athérome des artères de la base.

Observation XX

Résumée (Marcé) (1)

Four..., 56 ans, *hémiplégie gauche* : affaiblissement des facultés intellectuelles, sensiblerie ; gâtisme.

Nécropsie : foyers de *ramollissement* dans les deux hémisphères et dans le cervelet.

Observation XXI

Résumée (Marcé, *loc. cit.*)

Geu..., 61 ans, *hémiplégie droite* : affaiblissement des facultés intellectuelles ; habitudes alcooliques.

Nécropsie : gros foyers de ramollissement dans les deux hémisphères.

Observation XXII

Résumée (Martial Hubbé) (2)

Bur..., 43 ans, hôpital de Bourges (1er janvier 1885), *hémiplégie droite,* aphasie, affaiblissement intellectuel, excitation, actes déraisonnables.

Nécropsie : dans l'hémisphère gauche, ancien foyer de *ramollissement* qui occupe la racine des 2e et 3e circonvolutions frontales, la frontale ascendante et le lobule paracentral.

Observation XXIII

Résumée (Lwoff) (3)

Mme B..., 83 ans, (29 janvier 1889. Admission), *hemiparésie droite*, aphasie, affaiblissement intellectuel.

---

(1) Marcé. — Tté pratique des malad. ment. Paris 1862.
(2) M. Hubbé. — Des zones céréb. motrices (Arch. de Neurol. 1885, t. I, p. 29.
(3) Lwoff. *loc. cit.* (Obs. XVIII, XIX, XXII, XXIII).

Nécropsie. — Athérome généralisée des artères cérébrales ; hémisphère gauche : « la fosse sylvienne en arrière de l'insula est le siège d'un foyer de *ramollissement* superficiel. La première circonvolution postérieure de l'insula est intéressée par ce ramollissement qui présente une teinte grise jaunâtre. La première circonvolution temporale et la partie antérieure du lobule du pli courbe jusqu'au pied de la pariétale ascendante, les 2/3 postérieurs de la 2e circonvolution temporale sont le siège d'un *ramollissement*..... le ramollissement n'atteint que la substance grise.... ».

Protubérance : « à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, on trouve une *lacune* du volume d'un petit pois environ ».

Observation XXIV

Résumée (Lwoff)

Mme L..., Rose, 52 ans. (29 novembre 1889. Admission).

Hémiplégie gauche. — Deux attaques ; intelligence intacte après la première attaque, délire après la seconde ; excès alcooliques.

Nécropsie. — Athérome généralisée des artères cérébrales. « Dans le 1er segment et la partie externe du 2e segment du noyau lenticulaire droit, on trouve *trois lacunes*, séparées par des ilôts assez minces de substance cérébrale ».

Observation XXV

Résumée (Lwoff)

Mme D..., 57 ans, (7 juillet 1889. Admission).

Hémiplégie gauche. — Affaiblissement des facultés intellectuelles ; quelques idées de persécution ; actes déraisonnables.

Nécropsie. — « *Ramollissement* de la région psycho-motrice à droite foyers centraux de ramollissement multiples ».

Observation XXVI

Résumée (Lwoff)

Mme L..., 71 ans, (2 juillet 1889. Admission).

Hémiplégie droite. — Plusieurs ictus ; affaiblissement intellectuel depuis 10 ans ; agitation ; actes déraisonnables ; idées délirantes.

Nécropsie. — Hémisphère gauche. Coupe de Flechsig; à l'extrémité antérieure du 2e segment du *noyau lenticulaire*, on trouve une *lacune* du volume d'un pois ordinaire. Un peu en arrière et en dehors de cette lacune, on en trouve deux autres du volume d'un très petit pois.

Entre le premier et le second segment, on trouve une *cicatrice* brun foncé, reste d'un ancien foyer long de 1 cm. environ.

Hémisphère droit. Cicatrice pareille à celle que nous venons de décrire dans le premier segment du noyau lenticulaire.

Artères athéromateuses jusque dans leurs plus petites divisions.

Observation XXVII
Résumée (J. Charpentier) (1)

M. B... Ferdinand, 75 ans, (Asile de Vaucluse, 21 février 1903).

Hémiplégie gauche. — Affaiblissement des facultés intellectuelles; excitation par intervalles; confusion dans les idées; hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Nécropsie. — Petit *ramollissement* au niveau du pli courbe de l'hémisphère droit.

Petite *tumeur*, de nature sarcomateuse, au niveau de la tête du noyau candé de l'hémisphère gauche.

Lésions diffuses des circonvolutions.

Dégénérescence graisseuse du foie.

Observation XXVIII
Résumée (J. Charpentier)

M. B... Eugène, âgé de 63 ans, (Asile Vaucluse, 27 septembre 1902).

Hémiparésie droite. — Trois ictus apoplectiques; affaiblissement des facultés intellectuelles; alcoolisme; cauchemars.

Nécropsie. — Trois foyers superficiels de *ramollissement* dans l'hémisphère gauche : un premier à la face inférieure du lobe frontal, un second au niveau du pied de la circonvolution de Broca, le troisième à l'union de la face externe et de la face inférieure du lobe frontal.

Méningo-encéphalite diffuse.

(1) Charpentier J. (*Loc. cit.* Obs. LII, LIII, LVI, LVII, LVIII).

Observation XXIX

Résumée (J. Charpentier)

M. C... Charles, âgé de 62 ans, (Asile Vaucluse, 2 août 1903).

Hémiplégie droite. — Affaiblissement des facultés intellectuelles; idées confuses de persécution; sensiblerie.

Nécropsie. — Trois foyers de *ramollissement*, deux à gauche, un à droite.

Sur l'hémisphère gauche, l'un occupe la moitié postérieure de la 1re frontale, la partie supérieure de la frontale ascendante et le lobule paracentral, l'autre occupe sur la face interne, les bords de la scissure calcarine à sa partie postérieure.

Sur l'hémisphère droit, le ramollissement occupe la partie inférieure du lobe occipital à 2 cm. du bord inférieur et à 3 cm. du bord postérieur.

Lésions diffuses des circonvolutions.

Observation XXX

Résumée (J. Charpentier)

M. Ch... Louis, 52 ans, (Asile de Vaucluse, 13 juin 1903).

Hémiplégie gauche. — Saturnisme; affaiblissement intellectuel progressif; attaques épileptiformes; albuminurie.

Nécropsie. — Trois *foyers hémorrhagiques* anciens de l'hémisphère droit; l'un ayant détruit la partie supérieure de la couronne rayonnante correspondant à la zone rolandique; le second se trouvant dans la substance blanche au-dessous de la pariétale ascendante, vers la partie moyenne; le troisième, situé également dans la substance blanche, à l'intérieur de la 3e circonvolution temporale.

Lésions diffuses des circonvolutions.

Observation XXXI

Résumée (J. Charpentier)

M. B. William, âgé de 57 ans. (Asile de Vaucluse 28 nov. 1903): *Hémiparésie droite*; syphilis; affaiblissement intellectuel progressif; idées de persécution; hallucinations de l'ouïe.

Nécropsie. — Plusieurs foyers d'*hémorrhagies* et de *ramollissement.*

Hémisphère droit : « à la face convexe, *ramollissement ancien* à la partie postérieure du lobe pariétal supérieur. A la coupe de Brissaud, *hémorrhagie récente* à la partie postérieure de l'hémisphère, s'étendant entre l'extrémité postéro-externe de la cavité digitale et la surface extérieure du cerveau ».

Hémisphère gauche, *foyer hémorrhagique* ancien entre l'extrémité postérieure de la cavité digitale et la surface extérieure du cerveau.

Lésions diffuses méningo-encéphaliques.

Observation XXXII
Résumée (Lwoff) (1)

Mme M..., Clémentine, 52 ans, (9 mars 1889. Admission).

Hémiplégie droite. — Deux attaques à un an d'intervalle ; excitation maniaque après la seconde ; affaiblissement de l'intelligence.

Ptosis avec strabisme externe du côté droit.

Nécropsie : « *Tumeur* cérébrale et névrites multiples ».

Observation XXXIII
Résumée (Lwoff)

Mme A..., Célestine 27 ans, (30 janv. 1889. Admission).

Hémiparésie gauche ; confusion dans les idées ; perte partielle, des facultés intellectuelles ; délire hallucinatoire.

Congestion pulmonaire. Mort.

Nécropsie. — *Tumeur cérébrale* de l'hémisphère droit.

Observation XXXIV
Résumée (Lwoff)

Mme V..., Brigitte 74 ans. (1890. Admission).

Hémiplégie gauche. — Ictus ; affaiblissement ; dépression mélancolique ; propos incohérents.

Nécropsie. — *Tumeur* du lobe sphénoïdal droit.

(1) Lwoff. — *loc. cit.* Obs. (XX, XXI, XVI).

VIII

CONCLUSIONS

1° Les hémiplégiques organiques internés de notre statistique présentent ou ont présenté des troubles mentaux variés. Beaucoup d'hémiplégiques, en liberté ou simplement hospitalisés, peuvent présenter les mêmes troubles mentaux. Mais si nos hémiplégiques organiques internés ne constituent pas vraiment une *catégorie anatomo-clinique de malades,* ils représentent du moins, *de par le fait leur internement*, une *catégorie* **sociale** *de malades.*

2° *a)* Nous avons trouvé **392** hémiplégiques organiques sur **11.133** aliénés (Asile de Maison Blanche : juillet 1900 à avril 1905, et Asile clinique : années 1895 et 1896), soit environ **3,5 hémiplégiques organiques sur 100 aliénés.**

b) Les *troubles intellectuels* ne sont *pas plus fréquents dans l'hémiplégie droite que dans l'hémiplégie gauche :* 51,50 hémiplégiques droits pour 100 hémiplégiques organiques internés, et 48,90 hémiplégiques gauches pour 100 hémiplégiques organiques internés (51,50 °/₀ et 48,90 °/₀).

c) Les facteurs étiologiques, le plus souvent notés chez les hémiplégiques organiques internés, sont l'*alcoolisme* et la *syphilis.*

Nous avons trouvé l'alcoolisme dans une proportion de

11 °/₀ hémiplégiques et la syphilis dans une proportion de 5 °/₀.

L'*hérédité* n'a été notée que quatre fois dans les certificats. Il est évident qu'il ne faut pas tenir compte de ce chiffre, car, chez les hémiplégiques organiques internés comme chez tous les aliénés, l'hérédité joue un rôle primordial.

3° *a)* Les hémiplégiques organiques internés, apoplectiques, alcooliques ou syphilitiques, souvent artério-scléreux à quelque degré, ont en général, avant leur hémiplégie, des *symptômes mentaux prodromiques* (amnésie antérograde, diminution de l'attention, modifications du caractère, idées délirantes, etc.).

b) Ils se présentent :
Soit en état *d'excitation* (63,85 °/₀),
Soit en état *de dépression* (11,48 °/₀),
Soit en état *de confusion* (22,96 °/₀).

c) L'affaiblissement des facultés psychiques est constant ; il a pour caractère fondamental d'être partiel, à moins, bien entendu, de lésions nettement diffuses antérieures et d'altération consécutive, plus ou moins totale, de ces facultés psychiques.

Cet affaiblissement porte sur les facultés intellectuelles, émotives, morales et volontaires, c'est-à-dire sur la conscience, la mémoire, l'attention, l'imagination et l'association des idées, le jugement et le raisonnement, l'affectivité, le sens moral et l'activité.

d) Mais, en outre de cet affaiblissement intellectuel, les *idées délirantes* sont souvent le prétexte de l'entrée des hémiplégiques à l'Asile.

Elles sont d'ordinaire polymorphes, mobiles, confuses, c'est-à-dire qu'elles ont les caractères des idées délirantes apparaissant sur un fond démentiel.

Nous les avons notées 44,52 fois sur 100 hémiplégiques organiques internés (44,52 °/₀).

Parmi ces idées délirantes, celles que nous avons relevées, *le plus souvent*, sont les *idées de persécution* (24,10 °/₀).

Viennent ensuite :

Les *idées mélancoliques* (15,12 °/₀) ;

Les *idées de grandeur* (4,22 °/₀).

Les *idées mystiques* et *érotiques* sont relativement peu fréquentes.

Les *idées de mariage*, signalées nulle part, nous les avons rencontrées chez deux de nos malades (obs. X, malade âgée de 65 ans, et obs. XI, malade âgée de 71 ans).

Les *obsessions* sont rares.

e) Les *hallucinations* sont relevées 17,36 fois sur 100 hémiplégiques organiques entrés à l'Asile.

Elles portent sur l'ouïe, la vue, rarement sur le goût et l'odorat ; parfois, elles portent sur la *sensibilité générale* et se localisent au *côté hémiplégique* (obs. IV et VII). Une variété, particulièrement intéressante, est représentée par les *hallucinations unilatérales* auditives et visuelles (obs. XV).

Ces diverses hallucinations s'accompagnent parfois d'un véritable *délire hallucinatoire*.

f) Les *réactions*, qui entraînent l'internement d'office des hémiplégiques organiques, sont surtout causées par l'affaiblissement des facultés affectives, morales et volontaires, ou par les idées délirantes et les hallucinations. Ce sont des *fugues*, des *colères*, des *violences*, des *menaces*, des *impulsions*, des *paroles* et des *actes obcènes*, des *idées et tentatives de suicide*. Ces idées et tentatives de suicide sont notées au nombre de 5,30 °/₀ hémiplégiques, et les autres réactions médico-légales au nombre de 5,04 °/₀.

g) Divers autres symptômes s'observent chez les hémi-

plégiques organiques internés : aphasie (16,80 °/₀) ; dysarthrie (14,02 °/₀) ; troubles de la station ; rire et pleurer spasmodiques ; troubles oculaires, etc.

h) La responsabilité des hémiplégiques organiques, dans les délits ou crimes qu'ils accomplissent, est souvent diminuée, à cause de l'affaiblissement ou de la perversion de leurs facultés intellectuelles. D'autre part, et pour les mêmes raisons, leur capacité civile peut maintes fois être discutée.

Enfin, le médecin légiste peut avoir à rechercher, rétrospectivement, quel était l'état mental d'un hémiplégique organique, au moment, par exemple, où il a fait un testament.

i) En général, les hémiplégiques organiques internés évoluent vers la déchéance intellectuelle avec *gâtisme*.

4° Le *diagnostic* des troubles mentaux, chez les hémiplégiques organiques internés, pose la question de la différenciation des *démences organiques :* apoplectique, syphilitique, paralytique et sénile.

Grâce aux commémoratifs, à l'évolution de la maladie, aux caractères spéciaux de l'affaiblissement des facultés mentales, cette différenciation est quelquefois possible.

5° Les *lésions anatomiques* de ces hémiplégiques organiques internés sont le plus souvent représentées par le ramollissement cérébral, l'hémorrhagie cérébrale, les lacunes de désintégration cérébrale, les tumeurs cérébrales, etc.

6° Les troubles mentaux, chez les hémiplégiques organiques internés, ne s'améliorent qu'assez rarement. Il est rare de voir un hémiplégique sortir de l'Asile : cela n'a guère lieu que pour les malades légèrement affaiblis ou délirants qui étaient sous le coup par exemple d'une intoxication éthylique.

Les hémiplégies par ramollissement sont celles qui com-

portent le pronostic le plus grave, tant au point de vue des troubles mentaux qu'au point de vue de la terminaison fatale ;

7° Les troubles mentaux, survenus chez les hémiplégiques syphilitiques, sont susceptibles de rétrocéder sous l'influence du traitement mercuriel.

En général, tout hémiplégique doit être soumis à la *mobilisation* précoce, au *massage* et à la *rééducation. Le traitement rééducateur notamment est à la fois favorable aux troubles moteurs et psychiques.*

Enfin, *l'internement pourrait être remplacé avantageusement* (70,07 fois sur 100), *par l'assistance dans les familles, avec indemnité, ou par le placement dans les colonies familiales.*

Vu :
Le Président de la Thèse :
JOFFROY.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

IX.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1859. Calmeil.— Traité des maladies inflammatoires du cerveau.

1863. Marcé. — Recherches cliniques et anatomo-pathologique sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la P. G. *Gazette méd. de Paris.*

1876. Magnan. — Recherches sur les centres nerveux 2e série. p. 484.

1878. De Finance. — Etat mental des aphasiques. *Thèse* de Paris.

1879. Fournier. — Syphilis du cerveau.

— Luys. — Etude sur les opérations cérébrales, sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de pathologie mentale. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*

1880. Ball. et E. Chambard. — Art. Démence du Dictionnaire Encyclopédique.

1881. Baillarger. — Du délire ambitieux dans les affections locales du cerveau et les maladies de la moelle. *Annales médic. pschy.* t. I, p. 398.

— Foville. — Accès passager de délire ambitieux chez un hémiplégique. *Ann. médic. psych.* t. I, p. 429.

— Legrand du Saulle. — Les apoplectiques, leur état mental, leur degré de responsabilité et leur capacité civile. *Gaz. des Hôp.* nos 68 et 71. — Etude médico-légale sur les testaments.

— Luys. — Recherches nouvelles sur les hémiplégies émotives. Encéphale p. 378.

1883. Savage. — *Journal of mental science.* Avril.

1885. M. Hubbé. — Des zones cérébrales motrices. *Arch. de neurol.* t. I, p. 29.

1888. Journiac. — Délire hypochondriaque. *Thèse* de Paris. obs. p. 68 et p. 72.

1889. Ferrière. — Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques. *Thèse* de Paris.

1890. Falret. — Etudes cliniques sur les maladies mentales.

— Lwoff. — Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. *Thèse* de Paris.

1891. Journiac. — *Soc. médico-psychol.* 23 fév.

— Séglas. — *Soc. médico-psychol.* 25 mai. Neurasthénie tardive. Idées obsédantes. Ramollissement cérébral. Hémiparésie gauche.

1892. Marandon de Montyel. — De la manifestation tardive des syndrômes épisodiques chez les prédisposés vésaniques, sous l'influence de l'apoplexie cérébrale. *Gaz des Hôp.* p. 1905.

— Toulouse. — Hallucination unilatérale chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau (Hémiplégie gauche). *Gaz. des Hôp.* 1892, p. 594.

— Toulouse. — Hallucination unilatérale. *Revue. Gaz. des Hôp.* 1892, p. 609.

— Pick. — Hallucinations unilatérales. Neurol. Centralblatt. 1892.

1893. Mairet. — Aliénation mentale syphilitique Paris 1893.

1894. Darier. — In Manuel de Médecine. Art Tumeurs cérébrales, p. 317, t. III, et Syphilis cérébrale p. 336, t. III.

— Grasset. — Basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique (hémi-neurasthésie post-hémiplégique). *Sem. médic.* 15 avril. Traité des maladies du S. N. 4e édition.

— Thoinot. — In Manuel de Médecine. Hémiplégie. p. 555, t. IV. Hémorrhagie cérébrale, p. 212, t. III. Ramollissement cérébral, p. 233, t. III.

— Régis. — Hallucinations unilatérales. Société de Neurologie de Bordeaux.

1895. Brissaud. — Sur le rire et le pleurer spasmodiques. Leçons sur les maladies nerveuses, p. 446.

— Magnan et Légrain. — Les dégénérés (Bib. Charcot-Debove).

1896. Joffroy. — Hallucinations unilatérales. *Arch. de Neurol.* 1896.

— Régis. — Hallucinations unilatérales. Congrès de Nancy.

— Séglas. — Hallucinations ouïe. Congrès de Nancy.

1897. Devic et Courmont. — Gliome cérébral ; œdème de la papille ; hémiplégie gauche, automatisme ambulatoire, accès de sommeil, trépanation. *Rev. de méd.*, p. 269, (avril).

— Mingazzini. — Osservazioni cliniche ed anatomiche sulle demenze post-apoplettiche. Rivista sperim. di Freniatria. p. 585-804.

— Krafft-Ebing. — Psychiatrie, 5e édit. allem.

— Manheimer. — Le gâtisme au cours des états psychopathiques, *Th.* Paris.

1898. Gilles de la Tourette. — Diagnostic et pronostic de l'hémorrhagie cérébrale et des états apoplectiques. *Sem. méd.* n° 35, p. 257.

— Klippel. — La non-équivalence des hémisphères cérébraux. *Presse méd.* 29 janvier.

— Mirallié. — Basophobie chez un hémiplégique. *Cong. des Al. et Neurol.* d'Angers, août 1898.

— Rummo. — Sur les crises incoercibles de pleurs, de rires, de bêlement chez les hémiplégiques. *Acad. de Palerme*, 3 avril.

— Voisin. — Hémiplégie droite, troubles de la mémoire et de la parole, occasionnés par la présence d'une balle dans l'hémisphère cérébrale gauche, convulsions épileptiformes. *France méd.* 13 mai, n° 19, p. 289.

— Winckel. — Contribution clinique au diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale diffuse et de la démence paralytique avec une autopsie. *Arch. f. Psych.*, fasc. 2.

— Kowaleski. — L'artério-sclérose du cerveau. *Archives russes de pshchiatrie, de neurologie et de méd. leg.*, t. XXXI, n° 1, 1898.

1899. Charon. — Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. *Arch. de Neurologie*, t. II, p. 433.

— Klippel. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique*. Art. Tumeurs cérébrales, p. 781, et syphilis cérébrale, p. 752.

— Marie. — *Traité de Méd. et de Thér.* Art. hémiplégie, p. 456. Ramollissement cérébral, p. 726. Hémorrhagie cérébrale, p. 695.

1900. Boeri. — Recherches cliniques sur la respiration, sur la toux, sur le rire, sur le pleurer et sur le bêlement chez les hémiplégiques. *Riforma medica.* 11, 12, 13 décembre.

Cristiani. — Contribution à la physiologie des lobes frontaux. Il manicomiomo derno 1897. Compte rendu. *Ann. médi. psychol.*, t. II, p. 119.

Krafft-Ebing. — Médecine légale, trad. A. Rémond. 1900.

1902. Alzheimer. — Les troubles mentaux dépendant de l'artério-sclérose. Rapport présenté au Congrès annuel des aliénistes allemands. « Allg. Zeitsch. f. Psychiat. »

Ferrand. — L'hémiplégie des vieillards ; les lacunes de désintégration cérébrale. *Gaz. des Hôp.* 10 juin.

— Essai sur l'hémiplégie des vieillards ; les lacunes de désintégration cérébrale. *Thèse* de Paris.

Joffroy. — Les myo-psychies. *Rev. Neurolog.* 15 avril.

Phleps. — Localisation des facultés mentales dans le lobe préfrontal gauche. *The American journal of the medical sciences.* Avril et mai.

Vigouroux. — Etat mental des aphasiques. *Rev. de Psych.* p. 14.

Raymond et Sérieux. — In Traité de Méd. et de Thérap. Article Paralysie générale (Diag. p. 135).

Ribot. — Maladies de la Mémoire. 15e édition 1902.

Séglas. — Hallucinations unilatérales. *Ann. médico. psych.*

1903. Déjerine. — in Traité de Pathologie générale. Art. Hémiplégie p. 495 et Etat mental des Aphasiques p. 418.

— Dupré. — Traité de Pathologie mentale de Ballet. Art., Psychopathies organiques.

— Gombault et Halbron. — Hémiplégie droite progressive. Début par une monoplégie brachiale. Dépression intellectuelle. Attaque apoplectiforme. Leucocytose du liquide céphalo-rachidién. Tumeur cérébrale. *Soc. Neur. de* Paris 30 juillet.

— Grasset. — Un cas de voix ennucoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie cérébrale. *Revue. Neurol.* 15 sept. p. 873.

— Juquelier. — Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication. *Thèse* de Paris.

— Marie et Vaschide. — *Revue neurol.* P. 228 : recherches expérimentales sur la vie mentale des aphasiques, la vitesse des temps des réactions auditives chez quelques aphasiques. P. 332 : recherches expérim. sur la mémoire immédiate des aphasiques. P. 722 : association des idées chez les aphasiques.

— P. Sainton. — La stasobasophie. *Gaz. des Hôp.* nº 1.

— Vigouroux. — Etat mental dans les tumeurs cérébrales. *Revue de Psych.* Février.

1904. J. Charpentier. — Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale. *Thèse* de Paris.

Charpentier. — Paralysie pseudo-bulbaire ; conservation relative des facultés intellectuelles. Quatre foyers d'hémorrhagie et de

ramollissement dans l'hémisphère gauche, foyers lacunaires dans le droit. *Rev. psych. Nov.* p. 461-466.

Catola. — Lacunes de désintégration cérébrale. Rev. de méd. 10 octobre.

Grasset. — Cérébro-sclérose lacunaire progressive d'origine artérielle. *Sem. méd.* p. 329.

Kraepelin. — Psychiatrie. T. II. Ch. VII. p. 431. Edit. 1904.

F. Marimo. — Les fonctions sensitives et psychiques chez les hémiplégiques. *Annali di nevroglia.* fasc. I. II.

Saussel. — Hémiplégie progressive avec rétropulsion par ramollissement cérébral. Autopsie. Montpellier médical, juillet p. 1-13.

Lamy. — *In* Traité de méd., 2e édit. Article Syphilis cérébrale. p. 1032.

Souques. — *In* Traité de méd. 2e édit. Article Hémiplégie, p. 51; Aphasie, p. 142; Ramollissement cérébral, p. 192; Hémorrhagie cérébrale, p. 232; tumeurs cérébrales, p. 315.

H. Meige. — Congrès de Méd. 1904. Les amnésies fonctionnelles motrices et le traitement des hémiplégiques.

E. Dupré. — Définition médico-légale de l'aliéné. Bulletin médical. N° 13, 1904. p. 141.

1905. E. Dupré et P. Camus. — Hémiplégie homolatérale gauche chez un débile gaucher, ancien hémiplégique infantile droit. *Rev. Neurol.* 30 mars.

Grasset. — Plan d'une physiopathologie clinique des centres nerveux.

Mlle Pascal. — *Th.* Paris. Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique) ou prédominance régionale des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses.

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION. — DÉFINITION 9

Hémiplégiques organiques internés : catégorie sociale de malades, sinon catégorie anatomo-clinique de malades 9
Fréquence des associations des troubles moteurs et des troubles psychiques (Joffroy) 9
Définition des hémiplégiques organiques 10
Hémiplégiques affaiblis intellectuellement et hémiplégiques délirants 10
Plan : Statistique, étiologie, symptômes, diagnostic, anatomie pathologique, pronostic et traitement (assistance dans les familles, colonie familiale) 11

II. — ÉTUDE STATISTIQUE ET ÉTIOLOGIQUE 12

Fréquence 13
Age 15
Sexe 15
Profession 15
Hérédité 16
Alcoolisme 17
Syphilis 17

III. — ÉTUDE CLINIQUE 19

1° **Limitation de cette étude** 19
2° **Généralités** 20
3° **Prodromes** 22
4° **Aspects cliniques** 22
a) Excitation 23
b) Dépression 24
c) Confusion 24

5° **Affaiblissement intellectuel** 25

A. — FACULTÉS INTELLECTUELLES 26

a) Conscience 26
b) Mémoire 27
c) Attention 28
d) Imagination et association des idées 30
e) Jugement et raisonnement 30

B. — FACULTÉS AFFECTIVES, MORALES ET VOLONTAIRES 30

Émotivité, caractère 31
Moralité 32
Volonté 32

6° **Idées délirantes** 32

a) Idées de persécution 33
b) Idées mélancoliques 34
c) Idées de grandeur 35
d) Idées religieuses 35
e) Idées érotiques 36
f) Idées de mariage 36
g) Obsessions 36

7° **Hallucinations** 36

Ouïe et vue 37
Hallucinations unilatérales (ouïe et vue) 38
Odorat et goût 38
Sensibilité générale (côté hémiplégique) 38
Hallucinations génitales 39
Délire hallucinatoire 39

8° **Réactions** 39

Mode d'internement (placement volontaire ou d'office) 39
Causes des réactions : modification des facultés mentales et idées délirantes et hallucinations 39
Variétés : Impulsions 39
Menaces 39
Fugues, vagabondage 39
Idées et tentatives de suicide 40
Actes érotiques, etc 40

9° **Autres symptômes** 40

Aphasie et état mental des aphasiques 41

Dysartrie 41
Astasie-abasie, stasobasophobie 42
Rire et pleurer spasmodiques 42
Troubles oculaires 43

10° **Médecine légale** 43

a) Actes délictueux et criminels 43
b) Responsabilité civile 44
c) Reconstitution rétrospective de l'état mental d'un hémiplégique organique (testament) 45

11° **Évolution** 45

Démence, gâtisme 46

IV. — DIAGNOSTIC 47

a) Diagnostic positif 47
b) Diagnostic différentiel 48
Démences apoplectique, syphilitique, paralytique et sénile .. 48
c) Diagnostic causal 53

V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE 54

Ramollissement 54
Hémorrhagie cérébrale 55
Lacunes, etc 56

VI. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT 58

Gravité du ramollissement 58
Constance des troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques 59
Traitement physique : Massage, mobilisation, rééducation ; Amnésies fonctionnelles motrices. Rééducation à la fois favorable aux troubles moteurs et psychiques 59
Internement des hémiplégiques organiques déterminés par leur situation sociale 61
Placement dans les colonies familiales 61
Assistance dans la famille 62

VII. — OBSERVATIONS 63

VIII. — CONCLUSIONS 125

IX. — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 130

Sens. — Société Nouvelle de l'Imprimerie Miriam, 1, rue de la Bertauche.